



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

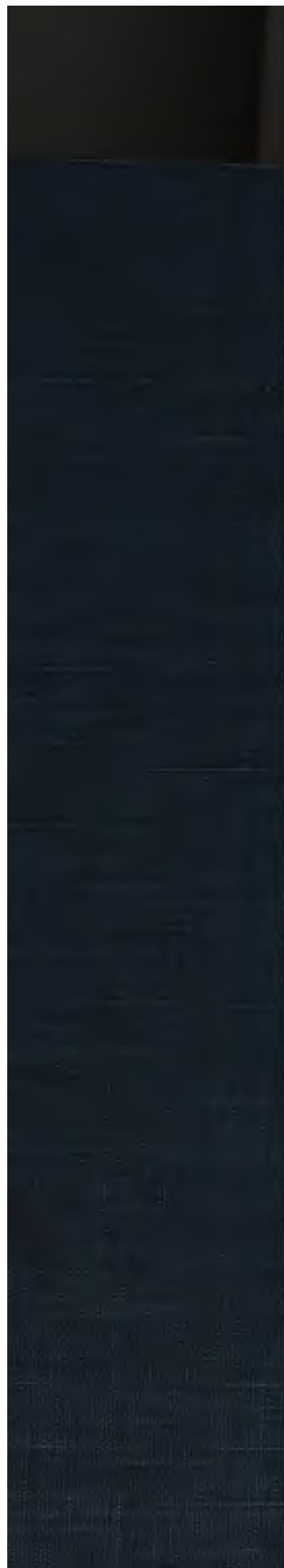
Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

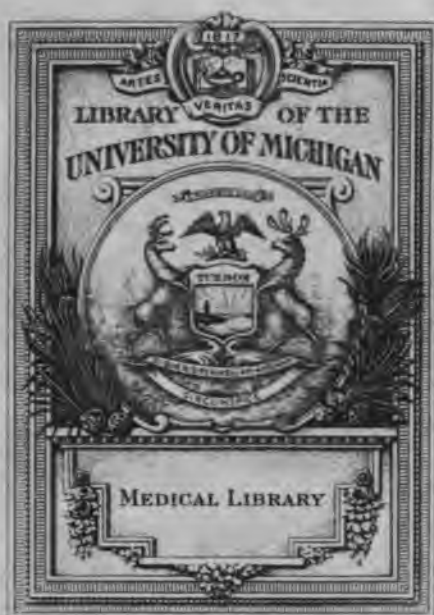
Nous vous demandons également de:

- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>









BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ
IMPÉRIALE
DE CHIRURGIE
DE PARIS

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

COMPOSITION DU BUREAU PENDANT L'ANNÉE 1868

<i>Président.</i>	MM. LEGUEST.
<i>Vice-Président.</i>	VERNEUIL.
<i>Secrétaire général.</i>	U. TRÉLAT.
<i>Secrétaire annuel.</i>	LÉON LABBE.
<i>Vice-Secrétaire.</i>	LÉON LEFORT.
<i>Archiviste.</i>	LIÉGEOIS.
<i>Trésorier.</i>	HOUEL.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ
IMPÉRIALE
DE CHIRURGIE
DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1868

2^e SÉRIE
TOME NEUVIÈME

PARIS
VICTOR MASSON ET FILS
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
—
1869



med.
Boutane
12-28-35
21340

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ
IMPÉRIALE
DE CHIRURGIE
DE PARIS
SÉANTE RUE DE L'ABBAYE

SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1868

Présidence de M. LEGUEST

La séance est ouverte à trois heures et demie.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

- Les journaux de la semaine et du mois.
- Des lettres de remerciement de MM. de Graefe (de Berlin), Pemberton (de Birmingham), Mazzoni (de Rome), et Sarrazin (de Strasbourg).
- Une lettre de M. Cullerier, membre titulaire, qui demande à être nommé honoraire.
- Une série de douze brochures, sur différents sujets de chirurgie, adressées par M. Mazzoni, correspondant étranger.
- M. Billroth, correspondant étranger, adresse à la Société un exemplaire de la traduction française de son livre : *Éléments de pathologie chirurgicale générale*.

INSTALLATION DU BUREAU.

M. LEGUEST monte au fauteuil de la présidence, et invite M. Trélat, secrétaire général, et M. Léon Labbé, secrétaire annuel, à prendre leur place au bureau.

2^e série. — TOME IX.

1

DISCUSSION.

Luxations de l'astragale (suite).

M. CHASSAIGNAC. A l'occasion de la communication faite par M. A. Guérin dans l'avant-dernière séance, il a été question d'un cas de luxation que j'avais observé et auquel j'ai donné le nom de *luxation sous-scaphoïdienne de l'astragale*.

Le blessé avait fait une chute d'un cinquième étage. L'astragale du côté gauche fut écrasé; celui du pied droit avait rompu le ligament qui unit le calcanéum au scaphoïde et était venu faire saillie à la plante du pied, puis, le scaphoïde entraînant avec lui le premier cunéiforme et le premier métatarsien, s'était placé sur la tête de l'astragale.

Il n'existait aucune déviation du pied, ce qui s'expliquait par l'existence des déplacements suivants : le troisième cunéiforme était venu se loger au-dessous de l'astragale, et les deux métatarsiens et une partie du cuboïde fracturé avaient été repoussés en arrière et en bas.

M. LEFORT. Je pense que l'appellation de luxation sous-scaphoïdienne de l'astragale, donnée par M. Chassaignac au déplacement dont il vient de nous entretenir, n'est pas justifiée. Si l'on s'en tient à l'usage généralement adopté, de considérer comme l'os luxé celui qui est le plus éloigné du tronc, on doit plutôt désigner cette lésion sous le nom de *luxation du scaphoïde et des trois derniers métatarsiens sur l'astragale*. Cette manière de voir me paraît d'autant plus fondée que l'astragale a, dans ce cas, conservé ses rapports avec la mortaise tibio-péronière.

M. CHASSAIGNAC. La règle générale dans la classification des luxations est en effet de tenir pour luxée la partie la plus éloignée du corps, mais j'estime que, dans ce cas particulier, il doit y avoir dérogation à cette règle. On dépeint mieux le fait, en disant que l'astragale est luxé; et d'ailleurs cet os a subi un véritable déplacement par rapport à la mortaise tibio-péronière, ainsi qu'on peut le constater sur la pièce que je mets sous vos yeux.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. MARJOLIN présente un enfant qui offre un cas intéressant d'amputation spontanée de la jambe gauche à l'union du tiers supérieur avec le tiers inférieur.

COMMUNICATION.

De la distinction des diverses sensations tactiles à l'aide d'un aethésiomètre nouveau.

M. LIÉGROIS. Le sujet dont je me propose d'entretenir la Société est plutôt un sujet de physiologie que de chirurgie, toutefois j'espère qu'il s'y attache un intérêt pratique, et c'est à ce titre surtout que je désire appeler sur lui l'attention. Pendant longtemps on a pensé que les diverses sensations consécutives aux impressions sur la peau se reliaient à une seule et même manière de sentir, laquelle pouvait être modifiée par la nature ou le mode d'application de l'agent impressionnable. Darwin le premier, en 1810, isola la sensation de température des autres, se reposant sur l'observation qu'il avait faite d'un malade qui ne pouvait plus percevoir les impressions chaudes ou froides, tandis que les impressions de contact, de douleur, étaient appréciées exactement. En 1838, Beau fit une distinction entre la sensation de douleur et celle de contact. Il avait été frappé de voir chez certains sujets l'insensibilité complète à la douleur, tandis que la sensibilité de contact persistait. Mais Beau, n'ayant jamais constaté l'état inverse, c'est-à-dire la disparition de la sensibilité de contact avec la conservation de la sensibilité douloureuse, Beau ne regarda ces deux sensibilités que comme deux degrés différents d'une même sensibilité. En 1850, Landry publia dans les *Archives de médecine* un travail, dans lequel il chercha à établir que les sensations de contact, de douleur, de température, sont nettement distinctes les unes des autres. Les observations cliniques qui lui ont suggéré cette opinion sont rangées dans son travail en cinq catégories. Dans la première, les sensations de contact sont altérées, tandis que les sensations douloureuses n'ont subi aucune modification dans les mêmes points ; dans la seconde, les sensations de douleur sont altérées, celles de contact restant normales ; dans la troisième, les sensations tactiles et les sensations douloureuses sont altérées en même temps et dans les mêmes points d'une manière différente ; dans la quatrième, les sensations de température ont été conservées intégralement quels qu'aient été le mode et le degré d'altération des sensations de contact et de douleur ; dans la cinquième, les sensations de température ont été perdues, les autres sensations étant conservées. — Dans son ouvrage sur les paralysies, publié en 1859, Landry fait un pas de plus et admet que ces trois sensations sont desservies par des filets nerveux différents, et par conséquent ont un siège distinct dans les centres

nerveux. Cette opinion a été corroborée depuis par les travaux de MM. Schiff et Brown-Sequart, qui ont démontré, chez les animaux, que certaines lésions pratiquées sur la moelle pouvaient faire disparaître une ou deux de ces sensations à l'exclusion de l'autre ou des deux autres.

Mais jusqu'ici aucune expérience, ayant pour but d'établir cette distinction entre les diverses sensations tactiles, n'a été faite en agissant directement sur la peau et chez des sujets sains, c'est-à-dire placés dans des conditions physiologiques. Il m'a semblé que le moyen découvert par Weber pour connaître les différences d'intensité de la sensibilité au contact dans diverses régions du corps, pouvait être employé dans ce genre de recherches. Ce moyen consiste, comme chacun le sait, à chercher avec un compas l'écartement qu'il faut donner à ces deux pointes appliquées sur la peau pour obtenir deux impressions distinctes; il a reconnu ainsi que l'écartement devait être d'autant moindre que la sensibilité au contact était plus développée; ainsi l'écartement devait être moins considérable à la pointe de la langue qu'à la pulpe des doigts, à la pulpe des doigts qu'à la paume de la main, à la paume de la main qu'à l'avant bras, à l'avant-bras qu'à l'abdomen, à l'abdomen que dans le dos, etc.

L'instrument que j'ai fait faire à M. Mathieu est le suivant : Il se compose de deux prismes triangulaires en métal, creux, dont deux côtés se réunissent à angles droits; la hauteur de ces prismes est de 20 centimètres environ. Leur base présente une ouverture qui peut être fermée par un couvercle glissant horizontalement autour d'un pivot placé près des bords. Cette ouverture est suffisamment grande pour qu'on puisse facilement y faire passer de l'eau, de la glace pilée et au besoin l'extrémité renflée d'un petit thermomètre. Chacun de ces prismes porte perpendiculairement à un de ses côtés une tige métallique longue de 90 centimètres. L'une est pleine et graduée en centimètres et en millimètres, l'autre est creuse : la seconde est destinée à recevoir la première, de telle sorte que l'on peut ainsi rapprocher et écarter à volonté les deux prismes l'un de l'autre et lire sur la tige graduée leur degré d'écartement. Enfin les deux prismes sont traversés de la base au sommet par un conduit creusé dans l'épaisseur de la paroi, et qui permet d'introduire dans son intérieur une épingle de forme ordinaire, mais calibrée sur ce conduit et plus longue que lui. L'épingle peut être tournée vers la sommet de l'instrument par sa pointe et par sa tête.

Si, avec cet æsthésiomètre on cherche à connaître le degré d'écartement nécessaire pour obtenir une double impression, en présentant

successivement à une partie donnée de la peau les deux pointes de l'épingle, les deux têtes ou les sommets des prismes débarrassés des épingles et contenant de l'eau chaude, on constate que cet écartement doit varier dans chacun de ces cas, et qu'en règle générale, pour arriver à obtenir une double sensation, il faut un écartement plus considérable quand on expérimente avec les deux têtes de l'épingle que quand on expérimente avec les deux pointes; plus considérable quand on expérimente avec les sommets des prismes dont la température a été élevée par l'eau contenue dans leur intérieur que dans les deux autres cas.

Mes expériences ont porté sur toutes les parties de la surface cutanée, mais plus spécialement sur la peau de l'avant-bras et de la main; je ne parlerai que de ces dernières. J'ai d'abord cherché à déterminer les limites de ce que j'appellerai les zones de sensibilité : les espaces dont la limite correspond à l'écartement qu'il faut donner à l'instrument pour obtenir une sensation unique, par rapport à un point central. Je n'emploie, du reste, cette expression que pour la facilité du langage, ne rattachant à elle aucune idée de distribution nerveuse.

A la face antérieure de la partie supérieure de l'avant-bras, j'ai fait partir d'un point vingt rayons également distants les uns des autres, et j'ai cherché pour chaque rayon le degré d'écartement nécessaire pour avoir deux impressions : d'abord au contact, puis à la douleur, ensuite à la température; j'ai par conséquent dû faire soixante expériences sur ces vingt rayons. Puis, rapportant sur le papier les distances correspondantes aux divers écartements, sur vingt rayons équidistants et tirés d'un même centre, j'ai joint par une ligne droite chaque point appartenant à une même sensibilité. J'ai obtenu ainsi les limites de mes trois zones. Il est facile de voir sur la figure que je présente à la Société que ces trois zones, dont les bords sont indiqués par des traits de teintes différentes, ne sont pas régulièrement placées l'une par rapport à l'autre; la zone de sensibilité à la température est la plus extérieure, mais elle est traversée en deux points par la zone de la sensibilité au contact, en deux points par la zone de la sensibilité à la douleur. La zone de la sensibilité au contact est intermédiaire aux deux autres; elle est traversée, en quatre points par la zone de la sensibilité douloureuse; enfin cette dernière est la plus centrale : elle traverse et est traversée par les deux autres en plusieurs endroits. Dans mes expériences sur le reste de l'avant-bras, sur le poignet, la main et les doigts, pour chaque point que j'ai étudié, je n'ai tiré que quatre rayons, deux parallèles à l'un des membres et deux perpendiculaires, et j'ai circonscrit mes

zônes en joignant les points qui correspondaient à chaque sensibilité spéciale par des lignes courbes. Le dessin que je présente montre d'une façon très-nette : 1° Que les trois zones se rapetissent au fur et à mesure que l'on arrive vers l'extrémité des doigts ; 2° qu'elles sont plus étendues sur la face postérieure du poignet que sur la face antérieure ; sur la face dorsale de la main que sur la face palmaire ; sur les parties latérales de la paume de la main que dans la partie centrale ; 3° enfin, que ces zones tendent à empiéter les unes sur les autres d'autant plus qu'on se rapproche de la pulpe des doigts, aussi la zone de sensibilité à la température, qui est périphérique au poignet, à l'avant-bras et à la partie supérieure de la main, devient-elle à la face antérieure de tous les doigts.

Je ne puis maintenant passer sous silence les difficultés inhérentes à l'application de ce procédé. Pour mesurer le degré de sensibilité à la douleur et au contact, il n'existe pas, à proprement parler, de difficulté. Sur plus de cinquante individus sur lesquels j'ai expérimenté, je n'en ai trouvé qu'un seul chez lequel il me fut impossible de circonscrire ces zones de sensibilité ; ce sujet ne pouvait discerner exactement l'instant où la sensation devenait double. Tous les autres m'ont indiqué nettement, non pas toujours du premier coup, mais toujours après quelques essais, l'intensité qui correspondait à la duplicité des impressions, et chez tous l'écartement était variable pour la sensibilité de contact et la sensibilité douloureuse ; dans l'immense majorité des cas, l'écartement était plus considérable pour la première que pour la seconde. Il est bon cependant, quand l'expérience est faite sur d'autres personnes que sur soi-même, d'écarter d'abord les deux prismes d'une façon notable, de manière à ce que le sujet perçoive bien nettement deux impressions distinctes. Il est alors plus à même de constater la limite de l'impression.

Mais les recherches sur la sensation de température présentent plus de difficultés. Nous savons, en effet, que nous ne jugeons la température des corps extérieurs que par rapport à la nôtre ; un corps ne nous paraît chaud ou froid que parce que sa température est plus basse ou plus élevée par rapport à celle de notre peau. Or, pour mesurer, avec l'instrument dont nous nous servons, le développement de la sensibilité à la température, il est nécessaire que l'instrument soit chauffé à un degré qui produit la brûlure, ou très-voisin de celui-ci ; même alors, l'instrument se refroidit vite et ne fournit plus que la notion de contact, de telle sorte que l'on est forcé de réchauffer l'eau contenue dans les prismes une série de fois pour obtenir un résultat positif. Pour gagner du temps, il nous a paru plus simple

de présenter à une lampe l'extrémité des prismes avant de les appliquer sur la peau ; mais alors, les brûlures sont plus difficiles à éviter que précédemment, vu qu'on ne peut calculer ici la quantité de calorique que l'on communique à l'instrument. C'est là un inconvénient qui, toutefois, affecte l'expérimentateur, mais non le procédé.

Il ressort, en effet, des nombreuses tentatives de ce genre que j'ai faites, que le degré d'écartement nécessaire pour avoir une double impression est le même, que l'instrument soit chauffé au point de procurer une sensation pénible de brûlure, ou qu'il soit chauffé de manière à procurer une simple sensation de température. C'est là une observation importante, car elle me paraît prouver que la sensation de brûlure, quoique affectant désagréablement l'économie, comme la sensation douloureuse, se rattache réellement à la sensation de température, et est, en quelque sorte, une modalité de celle-ci.

Un procédé plus simple et plus innocent consiste à remplir les prismes de glace ou d'un mélange réfrigérant avant de les appliquer sur la peau ; comme le froid et le chaud sont pour l'organisme un seul et même excitant, le résultat est le même, que l'on se serve de l'un ou de l'autre agent.

Ces expériences me paraissent corroborer les idées des auteurs qui admettent des sensations tactiles essentiellement différentes les unes des autres, et desservies par des cellules nerveuses, distinctes, au point de vue du rôle qu'elles ont à remplir dans les élaborations sensorielles. Si, en effet, les impressions de contact, de douleur, de température étaient perçues par les mêmes cellules, on ne comprendrait pas qu'il faille donner à l'œsthésiomètre des écartements toujours variables, pour avoir double sensation de chacune de ces impressions.

Arrivons aux applications que l'on peut faire de ces recherches à la chirurgie et à la médecine. Très-souvent le chirurgien se trouve en demeure de constater la diminution de la sensibilité cutanée chez des sujets dont une partie du système nerveux central ou périphérique a été atteinte par le traumatisme. Habituellement on se contente de pincer la région paralysée, pour s'assurer de l'état de la sensibilité, ou de passer un corps moussé à sa surface, ou de brûler. Mais il est bien évident que les renseignements que donnent les malades sur l'intensité des sensations qu'ils éprouvent lors de cette exploration ne peuvent être pour le chirurgien que fort imparfaits, et d'une bien moindre valeur que ceux que fournirait un instrument gradué, du genre de celui que je présente ici. Par ce moyen, les mots : « Je sens peu, beaucoup, assez, moins que du côté opposé, » seront avantageuse-

ment remplacés par des chiffres, qui pourront être comparés entre eux à des époques différentes et qui pourront renseigner sur le retour ou la disparition graduelle des diverses sensibilités. Je n'ai eu l'occasion de faire une exploration de ce genre qu'une seule fois, chez une malade de M. Richet qui, dans ces derniers temps, a fait tant de bruit, et cela à juste raison. Cette malade avait eu le nerf radial complètement coupé à la partie inférieure de l'avant-bras, et malgré cette lésion la sensibilité persista, mais à un moindre degré, dans les parties innervées par les branches terminales de ce tronc; la peau qui correspond à la pulpe de l'index seule était complètement insensible.

Je vis cette malade un mois environ après l'accident, et je constatai, à l'aide de mon aësthésiomètre, qu'à la face externe de l'annulaire, pour avoir une double impression, il fallait écarter les deux prismes d'une façon sensiblement la même qu'à la face externe de l'annulaire, du côté opposé, c'est-à-dire du côté sain. Pour le médus, il fallait, au contraire, un écartement qui mesurait toute l'étendue transversale du doigt, pour obtenir une sensation double à la douleur : elle restait unique au contact, et à la température, avec cet écartement. A la racine de l'index, la sensation double ne pouvait être obtenue ni en mettant en jeu la sensibilité douloureuse, ni la sensibilité de contact, ni celle de température. Au niveau de la dernière phalange de ce dernier doigt, la malade ne percevait qu'une seule impression dans tous les cas et ne pouvait la rapporter au lieu où elle était faite. Enfin à l'éminence thénar il fallait un écartement plus considérable, un centimètre environ, par rapport au côté opposé, pour avoir l'impression double au contact, à la douleur, à la température. Cette exploration semble donc démontrer que, chez cette femme, les diverses sensibilités étaient d'autant plus diminuées qu'on s'éloignait de la face externe de l'annulaire en allant vers l'index, c'est-à-dire qu'on s'éloignait des branches terminales du nerf cubital. Il est donc probable que la persistance de la sensibilité dans les parties qui reçoivent les rameaux périphériques du nerf médian, malgré la section de nerf, tenait à des anastomoses de celui-ci avec le cubital.

J'ai revu la malade de M. Richet, trois semaines environ après la première exploration, et j'ai pu constater que les zones de sensibilité avaient réapparu, excepté à l'extrémité de l'index; elles présentaient toutefois une étendue plus considérable qu'à l'état normal.

Mes recherches sur des malades atteints d'affections organiques des centres nerveux, ou de paralysies hystériques, sont jusqu'ici trop incomplètes et m'ont fourni des résultats trop incertains, dans bon

nombre de cas, pour pouvoir y insister longuement. L'obstacle que j'ai surtout rencontré résulte de la difficulté pour ces sujets de discerner la duplicité des impressions. Toutefois il ressort, comme fait général, de ces dernières expériences, qu'il faut souvent, sur ces sortes de malades, un écartement énorme pour produire des sensations doubles, soit de contact, soit de douleur, soit de température, et que, dans un certain nombre de cas, tandis que l'écartement doit être considérable pour produire la duplicité d'une de ces sensations, il doit être restreint pour obtenir la duplicité des deux autres, ou d'une seule de celles-ci.

M. VERNEUIL, à l'occasion de cette lecture, demande que la question relative à la conservation et au retour de la sensibilité dans certaines parties soit mise à l'ordre du jour. Les cas assez fréquents dans lesquels les chirurgiens enlèvent, avec la moitié du maxillaire inférieur, le nerf dentaire, ou le nerf sous-orbitaire, avec la partie antérieure du sinus maxillaire, et à la suite desquels on voit la sensibilité reparaitre dans des points où ces nerfs allaient se distribuer, pourront servir à élucider quelques-unes des questions soulevées par la communication de M. Liégeois.

COMMUNICATION ET PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Observation d'une masse polypeuse développée dans la vessie d'une petite fille de 22 mois. — Enlèvement de cette tumeur. — Mort sept jours après l'opération.

M. GUERSANT. Notre honorable confrère M. le docteur Perrochaud, ancien interne des hôpitaux de Paris, exerçant aujourd'hui à Boulogne-sur-Mer, nous a adressé en décembre 1867 une petite fille de 22 mois, chez laquelle il avait diagnostiqué une tumeur charnue développée dans la vessie. Cette enfant, ayant l'extérieur d'une bonne santé, ne fut pas présentée à notre confrère dans les premiers mois de sa vie; cependant sa mère remarquait qu'elle faisait souvent des efforts pour uriner et qu'elle restait longtemps sur le vase; comme elle ne souffrait pas, on y fit d'abord peu attention. Elle eut une diarrhée qui augmentait les efforts; on diminua cette diarrhée par le sous-nitrate de bismuth. Plus tard, vers les premiers jours de novembre, la diarrhée n'augmentait pas, mais on remarqua que l'enfant avait de fréquentes envies d'uriner et que la sortie des urines était douloureuse.

L'examen des parties génitales externes ne présentant rien d'anormal, M. Perrochaud ne mit pas d'abord en question de sonder l'enfant

de suite, d'autant plus qu'il y avait quelquefois des améliorations qui firent différer le cathétérisme.

Enfin, ce ne fut que peu de jours avant le départ pour Paris que notre confrère se décida, vers le milieu de décembre, à sonder l'enfant. D'abord il fit l'examen seul, puis avec un de ses confrères, M. le docteur Duhamel; ils ont constaté l'un et l'autre qu'en introduisant une sonde d'argent, l'instrument donnait la sensation d'un corps dur et résistant, mais que cette sensation n'était pas franche et pouvait bien être attribuée à la présence d'une production charnue; ils virent tous deux apparaître au méat urinaire une petite tumeur rougeâtre de la grosseur d'une aveline.

Depuis, le docteur Perrochaud a constaté plusieurs fois que cette tumeur apparaissait lorsque l'enfant faisait des efforts pour uriner, qu'elle rentrait quand les efforts cessaient. La tumeur, touchée avec le bout de la sonde, donnait à notre confrère une sensation analogue à celle qu'il avait éprouvée dans la vessie; en examinant le bas-fond de la cavité à l'aide du doigt introduit dans le rectum, ce bas-fond lui parut plus épais que dans l'état normal; alors il n'hésita pas à diagnostiquer une tumeur charnue de la vessie, et reconnaissant, dans ce cas rare, de l'analogue avec une pièce présentée il y a quelques années à la Société de chirurgie, il se décida à nous adresser cette petite fille.

A son arrivée, le 19 décembre 1867, elle était dans l'état suivant :

L'enfant, surtout depuis les cathétérismes pratiqués dans les jours précédents, faisait à chaque instant des efforts pour uriner, comme les calculeux. Nous la sondâmes et nous reconnûmes, à l'aide d'une sonde d'argent, l'absence de calcul; mais, au côté droit du col de la vessie, en voulant faire tourner la sonde, elle fut arrêtée; la vessie était large, et en retirant la sonde il sortit, après cet examen, de l'urine sanguinolente. Nous ne constatâmes pas, à l'aide du doigt dans le rectum, l'épaisseur du bas-fond de la vessie observée par M. Perrochaud; enfin, nous vîmes, la sonde étant retirée, que l'enfant, en faisant des efforts, chassait vers le méat urinaire une tumeur charnue.

Nous conseillâmes des bains dans une infusion de fleurs de tilleul et des onctions sur le bas-ventre avec une pommade belladonnée, des boissons adoucissantes, du lait, du bouillon et même du vin.

Le 20 décembre, mêmes efforts fréquents et douloureux; les urines étaient légèrement sanguinolentes et coulaient involontairement. Reconnaisant toute la gravité de ce cas et la nécessité d'intervenir chirurgicalement, nous voulûmes avoir l'avis d'un confrère.

Le lendemain, 21 décembre, nous voyons la malade avec M. Demarquay et nous constatons ensemble les efforts fréquents faits par

l'enfant et la saillie d'un corps charnu à l'ouverture de l'urèthre à chaque effort; ce n'était pas un petit bourrelet de la muqueuse avec un orifice au centre, c'était une petite tumeur ferme, arrondie, rosée; donc il n'y avait pas chute de l'urèthre. L'enfant étant très-souffrante, très-fatiguée depuis les cathétérismes, nous ajournâmes une nouvelle exploration avec la sonde d'argent. On continua les bains, les onctions sur le bas-ventre et de plus l'introduction de suppositoires belladonnés dans le rectum, répétée trois fois dans les deux heures (un centigramme d'extrait de belladone par suppositoire).

Le 22 et le 23 décembre, l'état est le même; l'enfant a de la fièvre, de l'agitation; les efforts d'expulsion sont plus violents et plus fréquents, rapprochés de cinq en cinq minutes; la mère, qui ne quitte pas son enfant, les compare aux efforts de l'accouchement. La saillie du corps charnu augmente, il paraît comme sphacélé à sa surface: il est évidemment poussé et de plus étranglé. Ajoutons que l'enfant refuse le bouillon, le lait, le vin de quinquina, etc. Nous faisons faire des lotions vineuses, nous saupoudrons de quinquina la partie malade.

Le 23 au soir, nous examinons avec M. Demarquay la vulve; il s'en échappe une odeur fétide, malgré les lotions vineuses et les applications de poudre de quinquina; nous introduisons une sonde dans la vessie qui était distendue; elle donne issue à une urine trouble et fétide. Nous circonscrivons la tumeur à l'aide de l'extrémité de la sonde; nous constatons qu'elle est adhérente dans un point du col de la vessie; alors il fallait faire cesser les douleurs vives; il fallait enlever ce corps qui mettait obstacle à l'issue de l'urine, et nous décidâmes que le lendemain nous enlèverions cette tumeur.

Nous ne nous abusons pas sur les difficultés et les accidents qui pouvaient survenir pendant et après cette opération; nous songions même à la récurrence, et nous ne cachâmes pas nos craintes au père de l'enfant. Il comprit qu'il fallait agir pour faire cesser les atroces douleurs qui épuisaient la petite malade. *Melius anceps quam nullum.* Nous prescrivons pour la nuit d'abord un nouveau bain, puis la pommade sur le ventre et de plus plusieurs cuillerées à café de sirop de codéine, quatre dans la nuit.

Le lendemain, mardi, 24 décembre 1867, l'enfant, qui s'était plaint toute la nuit, fut sondée de nouveau; seulement, pour vider la vessie qui était un peu distendue, elle parut soulagée.

Nous procédâmes à l'opération à onze heures du matin. Alors, soit faiblesse, soit assoupissement produit par le sirop de codéine, la petite malade se plaignait moins, le poulx donnait 150 pulsations par minute; le ventre n'était pas ballonné; la région hypogastrique n'était pas

sensible à la pression. Aidé de M. Demarquay et de deux internes, M. Barlemont et M. Blache fils, l'enfant fût placée sur une table, comme pour la taille, et maintenue les cuisses écartées.

Nous avions sous la main un serre-nœud de Graefe garni d'un fil de fer, un écraseur de M. Chassaignac, des pinces de Museux, des fils doubles de soie et des ciseaux. L'enfant fut très-promptement rendue insensible après lui avoir fait respirer un mélange à parties égales de chloroforme et d'éther. Étant solidement maintenue, nous appliquâmes d'abord sur la tumeur une forte ligature de soie; nous l'engageâmes dans une anse de fil de fer disposée sur le serre-nœud, et M. Demarquay, ayant saisi la tumeur avec des pinces de Museux, l'attira légèrement à lui; nous conduisîmes l'anse métallique le plus près possible de l'insertion, après avoir débridé le méat urinaire d'un coup de ciseaux. L'anse métallique fut graduellement et très-lentement rétrécie à l'aide du serre-nœud qui effectuait ainsi la section; elle n'était pas terminée que le fil de fer se rompit; nous prîmes l'écraseur de M. Chassaignac, avec lequel l'opération fut terminée.

Il se fit peu d'écoulement de sang; l'enfant revint à elle; nous lui donnâmes quelques petites cuillerées de vin qu'elle vomit peu après; cependant elle se remit. Une demi-heure après l'opération, nous vîmes entre les grandes lèvres une masse charnue qui était sortie par l'urèthre; elle fut expulsée; c'était le reste de la tumeur; cette partie représentait pour la forme une espèce de fucus à divisions multiples, fongueuses, qu'on aurait coupée à sa racine. C'était la partie extirpée. La partie enlevée et la partie expulsée après l'opération pesaient ensemble *quinze grammes*; examinées par M. le docteur Cornil, elles donnèrent le résultat suivant : le tissu était d'apparence polypeuse et de nature fibreuse, fort riche en vaisseaux; la portion antérieure engagée dans le canal était gangrenée par suite de la compression du col de la vessie; elle présentait une couleur feuille morte et paraissait desséchée; en effet, quoique la couche superficielle fût seule mortifiée, la coupe ne présentait pas de sang dans cette partie; dans le reste de la portion enlevée jusqu'au pédicule qui avait été coupé obliquement, on retrouvait l'apparence congestionnée et tremblotante des polypes. A l'examen microscopique, fait trois heures après l'excision, on remarquait un réseau vasculaire serré, à capillaires dilatés et pleins de sang; le tissu fondamental était composé par des éléments conjonctifs et une quantité considérable de cellules et de noyaux embryoplastiques, les uns ronds, les autres ovoïdes, tous de formation récente, indiquant un tissu jeune, d'une évolution et d'un accroissement rapides; traités par l'acide acétique, les fibrilles de ce tissu

conjonctif disparaissent et ne laissent plus que des noyaux embryoplastiques de formes diverses et sans nucléoles.

Nous vîmes l'enfant environ trois heures après l'opération. On lui avait donné un peu de bouillon froid qui avait passé; elle n'avait pas perdu de sang; le reste de la tumeur était expulsé sans grande douleur. On lui continua pour boisson du bouillon.

La nuit qui suivit, l'enfant fut plus calme, mais elle était faible et abattue; elle ne faisait plus d'efforts d'expulsion, mais elle s'agitait de loin en loin quand l'urine passait; elle mouilla beaucoup ses couches; l'urine était à peine teinte de sang; l'enfant eut une évacuation.

Le 25 décembre, lendemain de l'opération, le pouls, qui était faible et fréquent, s'est un peu relevé (bains entiers dans une infusion de fleurs de tilleul, lotions à la vulve, bouillon, vin de quinquina; l'enfant en prend fort peu).

Le 26 décembre, continuation des plaintes quand l'enfant urine, mais pas d'efforts d'expulsion; cependant nouvelle sortie d'une petite portion charnue grosse comme un pois; gonflement et rougeur des grandes lèvres (bains, lotions).

Le 27 décembre, moins de douleurs, un peu de sommeil; mais refus de prendre du bouillon, du vin. Le froid étant très-vif, nous cessons les grands bains pour les remplacer par des bains de siège et de fréquentes irrigations vineuses entre les grandes lèvres; en les écartant, nous faisons tenir entre elles des bourdonnets de charpie pour absorber les liquides qui s'écoulent; on les renouvelle très-souvent.

Le 28 décembre, la fièvre continue, 130 pulsations et plus, pouls faible, refus de boire, muguet en dedans des joues. Quelques efforts d'expulsion; issue de lambeaux sphacelés par l'urèthre. Collutoire au borax, irrigations et lotions à la vulve avec vin aromatique.

Le 29 décembre, pas de changement; il y a des selles liquides.

Le 30 décembre, l'état est stationnaire; l'enfant s'affaiblit de plus en plus; elle a un peu de diarrhée; elle refuse tout, vin ordinaire, vin de quinquina, bouillon, lait de poule; elle accepte à peine un peu de décoction blanche.

Le 31 décembre, elle a été peu agitée la nuit; elle a pris de la décoction blanche. Elle s'éteint à sept heures du matin, sept jours révolus après l'opération. — L'autopsie n'a pu être faite.

— A cinq heures moins un quart la Société se forme en comité secret. La séance est levée à six heures moins un quart.

Le Secrétaire, D^r LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1868

Présidence de M. LEGUEST

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

- Les journaux de la semaine.
- Le bulletin de l'*Académie de médecine de Belgique*; le *Montpellier médical*; la *Revue médicale de Toulouse*; le *Sud médical* de Marseille; le *Journal de médecine et de chirurgie pratique*.
- *Recherches sur la loi d'accroissement des nouveau-nés*, etc., par le docteur Odier.
- Un tirage à part des articles *Assistance* et *Associations* par M. Brochin (Extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*), présenté par M. Lefort.
- Le vingt-huitième volume des *Transactions of the Pathological Society of London*, présenté par M. Giraldès.
- Une lettre de M. le docteur Dufour, médecin-adjoint à l'asile d'Armentières, accompagne l'envoi de pièces pathologiques relatives à une *fracture extra-capsulaire du col du fémur*.

M. VERNEUIL présente, de la part de M. Vanzetti, de Padoue, une note détaillée sur cinq cas de résection du poignet. Cet envoi est accompagné de photographies.

Résections de l'articulation radio-carpienne faites à la
Clinique chirurgicale de Padoue.

Juin 1862. Femme de 36 ans. — Carie de tous les os du carpe et des extrémités articulaires du radius et cubitus (main gauche).

Résection des extrémités articulaires du radius et du cubitus, avec extirpation de tous les os du carpe. Grand lambeau dorsal comprenant les téguments et les tendons des extenseurs.

Cette femme a guéri et vit encore. Sa main a besoin d'être soutenue par une attelle palmaire. Les tendons extenseurs ayant été compris dans le lambeau dorsal, les mouvements des doigts sont en grande

partie abolie : sa main, cependant, ne lui est pas sans quelque utilité.

Cette opérée se sert d'un appareil semblable à celui qu'on trouve dessiné dans l'ouvrage de M. Heyfelder « sur les résections, » pour les cas où, après l'opération, la main reste pendante.

22 mai 1863. Homme de 60 ans. — Carie de l'articulation radio-carpienne droite.

Résection de l'extrémité articulaire inférieure du radius et du cubitus avec extirpation de la *première rangée des os du carpe*. — Incision *médiane dorsale* très-longue. Tous les tendons des extenseurs, excepté celui du radial et du cubital, ont été épargnés. Les bords de la plaie cutanée longitudinale ont été rapprochés par des bandelettes d'emplâtres agglutinatifs.

Les bords de la plaie s'étant écartés, les tendons des extenseurs restèrent à découvert et se mortifièrent. La plaie se remplit de bourgeons charnus, et, au bout de quarante jours, elle était presque cicatrisée. A cette époque, le malade voulut quitter la clinique. Le poignet présentait déjà assez de fermeté. On n'a plus vu le malade.

23 juin 1863. Garçon de 16 ans. — Carie de l'articulation radio-carpienne.

Résection de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus; excision de la *première rangée des os du carpe*. Longue incision médiane. Tendons des extenseurs des doigts soigneusement épargnés; plaie réunie exactement par des points de suture.

Guérison très-heureuse. L'articulation du carpe est ferme; les mouvements des doigts sont assez étendus, surtout dans la deuxième et troisième articulation des phalanges. L'opéré peut se *boutonner* et se servir de sa main. Le dessin a été pris *un an après l'opération*.

21 juillet 1863. Paysanne de 29 ans. — Carie de l'articulation radio-carpienne gauche.

Résection de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus; excision de la *première rangée des os du carpe*. Longue incision médiane. Tendons des extenseurs des doigts soigneusement épargnés; plaie réunie exactement par des points de suture.

Résultat excessivement heureux. Guérison complète, avec le poignet ferme et susceptible de quelques mouvements de flexion. Mouvements libres dans la seconde et troisième articulation des doigts. L'opérée

travaille aux champs avec la pioche. Elle peut coudre et se boutonner. Le dessin a été pris un an après l'opération.

20 juin 1864. Paysanne de 23 ans. — Carie de l'articulation radio-carpienne.

Réséction de l'extrémité articulaire du radius et du cubitus. Tendons des muscles extenseurs soigneusement épargnés. Excision de la première rangée des os du carpe.

Résultat excessivement heureux. Poignet ferme, susceptible de quelques mouvements de flexion. L'opérée peut coudre, se boutonner, et employer sa main très-utilement. La photographie a été prise le 23 novembre 1867, trois ans et demi après l'opération.

— M. VERNEUIL a reçu, par l'entremise de M. le docteur de Laurès, de la part de madame Laborie, un grand nombre d'observations inédites, recueillies à l'asile de Vincennes par notre regretté collègue Laborie, et plusieurs moules très-parfaits de moignons d'amputés.

Les observations ont trait aux résultats éloignés du traitement des fractures, ou d'opérations diverses parmi lesquelles figurent en grand nombre les amputations, l'urétrotomie, etc.

Une lettre de remerciements sera adressée à madame Laborie, et une Commission, composée de MM. Verneuil, Després et Perrin, sera chargée d'examiner les travaux laissés par notre collègue et de s'occuper, s'il y a lieu, de leur publication.

Dans les papiers de Laborie se trouvait un travail de M. le docteur Philippe, relatif à la saillie de l'os après les amputations. Ce travail, qui devait être l'objet d'un rapport de la part de notre collègue, est renvoyé à une nouvelle commission composée de MM. Lefort, Guyon et Després.

— M. JOSEPH MICHON adresse une lettre accompagnant l'envoi d'un portrait de son père, le docteur Michon, l'un des membres fondateurs de la Société de chirurgie.

Des remerciements seront adressés à M. Joseph Michon.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire. La Commission nommée par la Société a présenté les candidats dans l'ordre suivant :

1^o M. Guéniot;

2^o *Ex æquo* : M. Cruveilhier fils, M. Leroy d'Étiolles;

3^o M. Marc Sée;

4^o M. Dubreuil.

27 membres prennent part au vote.

Au premier tour de scrutin, obtiennent :

MM. Guéniot.....	17 voix.
Leroy d'Étiolles.....	6 —
Marc Sée.....	3 —
Cruveilhier.....	1 —

M. Guéniot, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de la Société de chirurgie.

NOMINATION D'UN MEMBRE HONORAIRE.

La Société est appelée à voter sur la demande de M. Cullerier, qui désire changer son titre de *membre titulaire* contre celui de *membre honoraire*.

M. Cullerier est nommé membre honoraire à l'unanimité, moins un bulletin blanc.

COMMISSIONS.

M. le Président nomme une Commission chargée d'étudier les modifications qu'il peut être utile d'apporter dans la publication des Bulletins de la Société. Cette Commission sera composée de MM. Broca, Blot, Lefort, Trélat et Léon Labbé.

Comité de publication : MM. Broca, Blot, Lefort.

Commission des congés : MM. Boinet, Tarnier, Houel.

Commission chargée de faire un rapport sur l'état des archives de la Société. Cette Commission, tirée au sort, est composée de MM. Desormeaux, Després, Depaul.

COMMUNICATIONS.

Régime des malades dans les hôpitaux.

M. DESPRÉS. La Société de chirurgie a traité, depuis deux ans, deux questions importantes, celle de la construction des hôpitaux et celle des maternités. Il en est résulté un travail profitable qui, s'il n'a pas éclairé les autorités, a, du moins, été apprécié et estimé par le corps médical. Une autre question me paraît utile à juger, celle du régime

alimentaire dans les hôpitaux, et je choisis pour occasion l'établissement d'un nouveau régime dans nos services.

Ce régime, je me hâte de le dire, renferme des améliorations : ainsi, un peu d'augmentation de certains aliments, de nouveaux modes de préparation, etc. Je suis heureux de le constater ici, pour montrer que je n'agis pas dans un esprit d'opposition systématique, si plus tard je montre les côtés défectueux de ce règlement nouveau.

Le régime des convalescents peut être désigné à l'avance, comme celui des soldats, des prisonniers ou des collégiens ; mais le régime des grands malades ne saurait l'être ; les grands malades diffèrent trop entre eux et d'un jour à l'autre. Je crois que, dans les hôpitaux pas plus qu'en ville, nous ne devons laisser à la discrétion de personnes non instruites des choses de la médecine le soin de choisir les aliments. Nous ne disons point, en ville, aux garde-malades : Vous donnerez au blessé 100 grammes de pain, 20 centilitres de vin et 6 décagrammes de viande, 9 centilitres de pruneaux. Nous disons : Vous donnerez une côtelette ou deux œufs à la coque, une pomme cuite et un verre à bordeaux de vin généreux, et quelquefois un verre de bière.

Dans les régimes des hôpitaux, et le régime nouveau en particulier, il y a six classes d'alimentation : la diète au bouillon, les potages, les 1^{er}, 2^e, 3^e et 4^e degrés. N'y a-t-il que six classes de malades ? Théoriquement, cela n'est pas, et en pratique, c'est inadmissible. Je ne doute pas que tous ces régimes, observés absolument, ne soient tout à fait impraticables, si les religieuses ne s'en tiraient pas quelquefois sur l'indication du médecin par des virements, en retirant à un malade pour donner à un autre.

Ainsi, un malade à 1 degré, c'est-à-dire un malade qui commence à manger, celui que nous nourrissons en ville avec des côtelettes et du beefsteak, tel que l'anémique ou le grand blessé, reçoit : potage 60 centilitres, viande rôtie 120 grammes (et par viande rôtie, il faut entendre du bœuf, du veau ou du mouton cuits dans le four). Au lieu de viande, on donne quelquefois de la volaille ou du poisson et des œufs, et cela sans que le médecin y voie rien. Ajoutez à cela : pain 100 à 120 grammes, vin 18 à 24 centilitres et lait 25 centilitres. Tout cela, divisé en trois repas, comme l'a bien dit M. Trélat, est dinette, ce n'est pas un régime. Il vaut mieux donner à un malade un morceau de viande et des bouillons que des petits morceaux si différents. Je n'en finirais pas si je voulais citer toutes les maladies auxquelles la viande rôtie et le vin peuvent convenir à l'inverse de cette alimentation administrative ; je signalerai seulement les grands blessés et les

femmes en couche, les opérés, sans compter les individus des services de médecine.

Pour ce qui est des autres degrés, le deuxième est quelquefois employé; le quatrième est le régime des convalescents, c'est-à-dire des malades qui ne le sont plus. Ces derniers peuvent être soumis à un régime déterminé à l'avance. Cependant, comme ce régime est celui des femmes enceintes, des syphilitiques, et qu'il peut y avoir des nécessités spéciales, on devrait pouvoir quelquefois le modifier. Les dyspeptiques, les diabétiques, les syphilitiques ont des variations d'appétit et des répugnances telles que l'étroitesse d'un règlement ne saurait les obliger à les changer. Un détail encore. Certaines malades arrivent dans mon service habituées à manger 2 livres de pain dans la journée: le règlement ne leur accorde que 400 grammes de pain, et 500 depuis que j'ai réclamé. On me répond que dans le nouveau régime, les malades ont plus de vin; mais cela n'empêche pas qu'il y ait des individus pour qui le vin ne remplace pas le pain.

Mais pourquoi insister? Il suffit de poser la question pour qu'elle soit résolue. Un régime catégorisé, absolu, convient-il pour les grands malades? Pour ma part, j'affirme que non, et je ne serai pas contredit.

Il me paraît juste d'établir qu'il y a deux classes de malades. Les convalescents, les gens qui n'ont point de maladies fébriles, peuvent être soumis à un régime; mais les grands malades exigent chacun un régime spécial, dicté par le médecin. La viande rôtie, que tous les physiologistes reconnaissent la plus capable de réparer le sang, doit être la base du régime des opérés et des anémiques. Si les malades ont l'habitude du lait ou d'une autre boisson, on doit pouvoir la leur donner. Ceux qui croient à l'efficacité des boissons alcooliques et vineuses, efficacité très-réelle pour les malades habitués au vin, doivent pouvoir donner cette boisson, même en quantité plus grande que ne le comporte un règlement.

Messieurs, l'administration se substitue au médecin dans les choses médicales; elle ne peut y être compétente, et nous sortirions de notre rôle si nous ne disions point qu'il s'agit ici de la science, et que le régime dans les maladies fait partie du traitement. Une décision ayant pour effet de réglementer d'une façon absolue le régime des grands malades, à supposer que ce régime soit possible, ne devrait pas être prise dans le silence du cabinet, pût-elle être trouvée bonne par deux ou trois médecins. Il faudrait l'avis d'un plus grand nombre d'autorités scientifiques pour juger la question du régime dans tous les hôpitaux et hospices. Qu'une administration dans des vues sages d'éco-

nomie cherche à réglementer la nourriture, rien de mieux; mais qu'elle ne gêne pas le traitement par des règles trop étroites, même approuvées par quelques-uns. C'est en négligeant les préceptes scientifiques que nous sommes exposés à des accidents fâcheux, et pour le régime, comme pour la création de services temporaires, une action accomplie en dehors des médecins a des inconvénients pour ceux qui sont confiés à nos soins. Voici un exemple : L'administration a créé, à l'hôpital de Lourcine, un service temporaire, sans qu'aucun des médecins de l'hôpital ait été consulté, et sans songer qu'il est dangereux de placer des malades atteints de maladies aiguës dans un hôpital de femmes et d'enfants qui ne sont pas alités. Aussi, comme pour nous rappeler que les enseignements scientifiques sont quelque chose, une varicelleuse, amenée à l'hôpital le 14 décembre 1867 et morte le 16, a été le point de départ d'une épidémie, et en 40 jours nous avons eu à l'hôpital 17 varioles. Ne négligeons donc point notre rôle de médecins, afin de pouvoir dire, ainsi que Moreau à Louis XV, *que nous soignons nos malades d'hôpital comme des rois*.

M. LEROY. Cette question doit être discutée, non devant la Société de chirurgie, mais devant la Société des chirurgiens des hôpitaux.

Luxation de la septième vertèbre cervicale.

M. PANAS. X..., 24 ans, brasseur, grand, bien développé, d'une forte constitution, entre à l'hôpital le 6 janvier.

L'accident a été produit par l'arbre de couche d'une machine à vapeur, élevé au-dessus du sol de tout au plus un mètre, et relié à un engrenage par une forte courroie de cuir obliquement dirigée.

X... portait ce jour-là un fort gilet de laine flottant un peu sur le devant. Il voulait détacher la courroie mise en mouvement par l'arbre de couche, sans avoir eu, auparavant, la précaution d'arrêter le mouvement de la machine, et il s'approcha assez près de la courroie pour que celle-ci pût saisir son vêtement. Il fut immédiatement entraîné par le mouvement, et aux cris qu'il poussa, un de ses camarades, qui se trouvait près de là, accourut et arrêta aussitôt la machine. X... était en ce moment soutenu au niveau de l'abdomen par l'arbre de couche, le bras droit s'appuyant sur une des bandes de la courroie, et la tête penchant vers le sol, sans qu'on ait pu savoir d'une manière exacte si un de ses bras ou son cou avaient été plus particulièrement soumis à une pression ou une traction exagérées.

Il était alors sans connaissance; mais cet état dura peu, et quand arriva un médecin, immédiatement mandé, il était en proie à un état

d'excitation violente, poussait des cris, avait la face rouge et congestionnée. Une saignée abondante fut faite, et peu de temps après on le transporta à l'hôpital (neuf heures du soir).

En ce moment, il était encore agité, délirait, avait des mouvements désordonnés dans les bras et dans les jambes, et l'interna de garde observa quelques contractions convulsives.

On ne remarqua alors aucune trace de violence, point d'ecchymose. La face était toujours rouge, le pouls fort et plein. Sinapismes sur les membres inférieurs.

Cet état d'excitation dura jusqu'à trois heures du matin, mais en s'affaiblissant par degrés. En ce moment la respiration, qui jusqu'alors avait été libre, s'embarrassa peu à peu, puis la dyspnée devint très-intense, et le malade mourut vers six heures du matin.

A l'autopsie, faite deux jours après la mort, on observa :

An niveau des *téguments*, de fortes ecchymoses sur le bras droit, une deuxième sur le côté droit de la région cervicale, en occupant la moitié de la circonférence, comme si un fort lien constricteur avait été appliqué en cet endroit pendant la vie. Il y avait un sillon de constriction, la peau ayant un aspect parcheminé.

Les *poumons* sont fortement congestionnés partout, mais principalement en arrière, où leur tissu, quoique crépitant sous la pression du doigt comme un poumon normal, est d'une couleur rouge brun foncé noirâtre.

Les *plèvres* sont libres de toute adhérence entre elles; leur transparence permet facilement de voir sous le feuillet séreux des taches d'un rouge foncé, ecchymotiques, nombreuses, de 2 à 3 millimètres de diamètre environ.

L'*arbre respiratoire*, ouvert dans toute sa longueur, est fortement congestionné, et sous la muqueuse, dans les bronches, la trachée, le larynx et même sur l'épiglotte, on remarque plusieurs petites ecchymoses en tout semblables à celles des plèvres.

A l'ouverture du *crâne*, veines et sinus de la dure-mère injectés d'un sang noir et fluide.

Dans la cavité arachnoïdienne, une assez grande quantité d'un liquide sanguinolent rouge foncé, plus abondant à la partie postérieure, surtout à la corne occipitale droite; mais cet épanchement n'est nulle part nettement limité. La *pie-mère* cérébrale est fortement injectée. Point de liquide anormal infiltré dans le tissu sous-arachnoïdien.

Le *cerveau* est normal et ferme; la substance grise est d'une coloration légèrement rosée; la coupe de la substance blanche présente un piqueté rouge assez abondant que le lavage fait disparaître, et qui

reparaît aussitôt en pressant légèrement, sur les côtés, la substance cérébrale.

On recherche l'état de la colonne vertébrale; et à l'incision de la couche musculaire, au niveau du cou, on remarque une énorme quantité de sang infiltré dans le tissu musculaire. Ce sang est fluide et noirâtre, et en se rapprochant des vertèbres, on voit qu'il paraît venir d'une solution de continuité que l'on remarque à la colonne vertébrale.

À part cette lésion, d'ailleurs, les muscles sont loin d'être intacts; ils présentent des déchirures nombreuses et assez étendues.

On enlève une partie de la colonne vertébrale, comprenant les deux dernières cervicales et les trois premières dorsales, et il est alors permis de constater que :

Il y a eu rupture des ligaments jaunes unissant la proéminente à la première dorsale;

Rupture des ligaments qui unissent l'articulation que forment les apophyses articulaires droites de ces mêmes vertèbres.

À la partie postérieure, écartement de ces deux pièces osseuses, atteignant 1 centimètre au niveau des apophyses articulaires droites, tandis que l'écartement paraît nul au niveau de ces mêmes vertèbres, à gauche.

En vertu de cet écartement en arrière, les corps vertébraux de la proéminente et de la première dorsale ont éprouvé en avant un léger mouvement de bascule, de manière à présenter, dans l'axe de leur direction, un angle largement obtus ouvert en avant.

En même temps, la partie supérieure du corps de la première dorsale est légèrement écrasée en avant, dans une hauteur de 3 à 4 millimètres.

Les corps vertébraux ayant été enlevés, on remarque un épanchement considérable de sang dans le canal rachidien, marqué davantage en arrière et principalement au niveau du point où s'est produit la luxation.

La dure-mère rachidienne est complètement intacte. Inclmée sur la ligne médiane en avant et en arrière, elle permet de voir que le cordon médullaire paraît, au même niveau, comme légèrement étranglé, et présente, dans une hauteur de 1 centimètre environ, une teinte violacée, ecchymotique. En ce même point, le tissu médullaire est manifestement ramolli dans la même hauteur.

LECTURE.

M. DUPLAY lit une observation, accompagnée de réflexions, relative à un cas de *fracture de la rotule avec plaie pénétrante du genou*.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Porria, Villaux, de Saint-Germain.

COMMUNICATION.

Trois opérations de résection du maxillaire inférieur pour des tumeurs fibreuses et fibre-plastiques de cet os.

M. LIÉGEAIS communique trois observations accompagnées de dessins de tumeurs fibro-plastiques développées dans le maxillaire inférieur. M. Liégeois a pratiqué dans ces trois cas la résection du maxillaire inférieur. La première opération a été faite il y a cinq ans, la seconde il y a trois ans, et la troisième en 1867.

J'ai déjà entretenu, en 1864, la Société d'une de ces opérations. Après ma communication, un des membres prit la parole pour dire qu'il serait intéressant de savoir ce que deviendrait la malade dont je présentais l'observation. En en reparlant aujourd'hui, je réponds à cet appel, et comme l'observation n'est point relatée dans nos bulletins, je demande la permission de revenir sur les principaux détails.

Première observation. — Mademoiselle J..., habitant Buzy (Meuse), âgée de 18 ans, se présente à moi en 1863, atteinte d'une tumeur considérable du maxillaire inférieur correspondant à la partie latérale droite du corps de la mâchoire et à la branche verticale du même côté. Cette jeune fille appartenait à une famille des plus pauvres, et avait joui jusqu'ici d'une santé parfaite. Sa constitution était, sinon robuste, au moins bonne, comme l'indiquaient un teint coloré, des membres assez développés, l'absence de tout ganglion hypertrophié, une menstruation qui toujours s'était faite régulièrement depuis l'âge de 13 ans. Sa tumeur datait d'un an environ, et avait grossi insensiblement jusqu'à acquérir le volume du poing. A l'extérieur, elle était uniformément dure, très-résistante; quand, au contraire, on l'explorait par la cavité buccale, elle se laissait déprimer sans donner lieu à aucune crépitation. Ni les ganglions sous-maxillaires, ni ceux du cou ne présentaient aucune trace d'engorgement. La mastication était considérablement gênée, la salivation abondante, l'articulation des sons difficile.

Avant de me prononcer sur la nature de cette tumeur, je crus devoir plonger le trois-quart à travers la paroi interne, dépressible sous le doigt. Il sortit quelques gouttes de sang, et mon instrument put parcourir assez facilement tout l'intérieur d'une énorme poche. Ayant retiré la canule du trois quart, je trouvai dans son intérieur quelques lambeaux de tissu fongueux mollassé qui, portés sous le champ du microscope, me permirent de reconnaître une quantité

innombrable de noyaux fibro-plastiques, quelques cellules fibro-plastiques et des fibres de tissu cellulaire en quantité relativement très-faible par rapport aux noyaux fibro-plastiques.

Dans le but de conserver à la mâchoire un support osseux, je résolus d'abord d'ouvrir le kyste et d'enlever la production morbide. Cette idée fut mise à exécution le 8 septembre 1863 à Étain (Meuse). Une incision fut pratiquée dans la direction d'une ligne qui joignait le lobule de l'oreille et la commissure droite de la bouche, et sur le milieu de la tumeur environ, me proposant de mettre plus tard cette incision à profit, dans le cas où une opération plus radicale que celle que je tentais serait nécessaire. Arrivé sur la tumeur, je la disséquais dans une certaine étendue, puis, avec la gouge et le maillet, je faisais sauter la paroi osseuse, qui pouvait avoir 6 à 7 millimètres d'épaisseur; j'arrivai alors dans une poche remplie d'un tissu rougeâtre, très-vasculaire et d'une mollesse remarquable. À l'aide d'une rugine, je grattais la paroi de ce kyste afin de le vider de son contenu, puis, avec une forte serpe, j'enlevais la couche osseuse sous-jacente, jusqu'à ce que je fusse arrivé sur des parties du tissu spongieux qui me parurent saines. Le kyste fut rempli ensuite de charpie et la plaie recouverte par une compresse d'eau froide.

Je quittai la malade à la fin de septembre, peu satisfait, car la cicatrisation ne tendait nullement à se faire, et le fond de la plaie était rempli de bourgeons charnus qui me parurent avoir les mêmes caractères que le tissu primitif du kyste osseux.

En janvier 1864, le docteur Japin, qui m'avait aidé dans cette opération, m'écrivit que les craintes que je lui avais émises n'étaient que trop vraies, et que la tumeur avait actuellement un volume plus considérable que quand je l'avais vue pour la première fois. Immédiatement, je repris le chemin de la Lorraine, dans le but de pratiquer la résection. Cette opération fut faite le 10 janvier avec l'aide des docteurs Japin, Parisot, Thiébaux, Douan.

On fit respirer à la malade quelques gouttes seulement de chloroforme. L'incision fut faite sur la cicatrice de la première opération, se prolongeant, en arrière, jusqu'au lobule de l'oreille, en avant, jusqu'à la commissure de la bouche; un lambeau supérieur et un lambeau inférieur furent disséqués, le masséter fut détaché de la face externe de la branche verticale de la mâchoire, après quoi, la première petite molaire fut arrachée et le maxillaire scié avec la scie à chaîne. Je cherchai ensuite à disséquer le périoste, ce qui me fut facile, car il avait une épaisseur d'au moins un millimètre; cette dissection porta le plus haut possible, jusque vers le milieu de la branche

verticale. Puis la partie supérieure du ptérygoïdien interne fut coupée au niveau de ses insertions à l'os; le sommet du muscle temporal fut détaché de l'apophyse coronofide avec des ciseaux courbes. Enfin, je cherchai à effectuer la torsion et l'arrachement de l'os, mais alors le col de la mâchoire se fractura. En vain j'essayai d'extraire la tête par des tractions faites à l'aide d'un davier, je dus aller disséquer les parties molles qui entourent le condyle, en prenant soin de diriger la pointe de mon instrument vers celui-ci. Pendant l'opération, trois ou quatre ligatures d'artères durent être faites; la malade avait perdu une assez grande quantité de sang.

Quinze points de sutures métalliques réunirent la plaie, qui fut ensuite recouverte par une compresse froide.

Le lendemain de l'opération je quittai la malade, la confiant aux soins du docteur Japin. La réunion fut immédiate dans toute l'étendue de la plaie, excepté dans le point par où sortaient les ligatures.

L'examen de la tumeur fit voir que le kyste s'étendait fort haut dans la branche de la mâchoire, que le nerf dentaire était ramolli et détruit en plusieurs points, que les deux premières grosses molaires et la deuxième petite surmontant la tumeur étaient peu adhérentes au tissu gengival qui les entourait, que la portion spongieuse contenant les parois du kyste était fortement colorée et raréfiée. Enfin, l'examen microscopique fit reconnaître de nouveau, dans les fongosités qui remplissaient l'excavation, de nombreux noyaux fibro-plastiques, quelques cellules fibro-plastiques, quelques fibres de tissu cellulaire.

Je revis cette malade en septembre 1864; elle avait toutes les apparences d'une bonne santé; elle était notablement engraisée; elle s'était livrée, avec toute l'ardeur désirable, aux travaux champêtres pendant l'été. La cicatrice était à peine apparente, si ce n'est dans le point qui donnait passage aux deux ligatures. La face était à peine déviée. En explorant la portion correspondant au maxillaire enlevé, je constatai la présence d'une plaque d'une dureté extraordinaire, se continuant avec la partie du maxillaire qui avait été épargnée dans l'opération. Cette plaque s'étendait très-haut; on la sentait à l'extérieur jusque un peu au-dessous du lobule de l'oreille; son épaisseur, paraissait avoir 4 à 5 millimètres. Enfin, malgré l'absence du nerf dentaire, la sensibilité, quoique diminuée, persistait au menton, à la lèvre inférieure, à la partie antérieure de la joue du côté correspondant à la résection.

A cette époque, la malade portait une petite tumeur ganglionnaire dans la région sous-maxillaire du volume d'une petite noix; cette tumeur, en partie fluctuante, fut ouverte, il ne s'écoula qu'une petite

quantité de pus; elle était remplie surtout par des végétations fongueuses que la cautérisation fréquemment répétée avec le nitrate d'argent fit disparaître.

Depuis ce temps, cette malade est restée dans le même état; on peut se faire une idée du résultat de cette opération, en examinant les deux dessins que je présente à la Société: l'un est le portrait de la malade avant l'opération, l'autre le portrait après l'opération; ce dernier ayant été fait en septembre 1864.

Afin d'être bien sûr de ce que j'avance, j'ai demandé cette semaine même des renseignements sur cette malade au docteur Japin. Sa réponse est la suivante: Il n'y a pas la moindre apparence de récurrence, la portion enlevée est remplacée par un tissu d'une dureté osseuse, recouvert d'une gencive d'un blanc nacré. La mastication se fait du côté opéré aussi bien que de l'autre. La déglutition est normale, ainsi que la voix; l'articulation des sons, très-distincte, est un peu différente de ce qu'elle était auparavant. Lorsque les mâchoires sont rapprochées, la ligne de séparation des incisives médianes supérieures correspond à l'intervalle qui sépare l'incisive gauche de la dent canine, ce qui ferait à peu près un centimètre de déviation. Quant à la sensibilité, elle existe partout, seulement elle est obtuse; il y a une sorte d'engourdissement de la peau, plus prononcé près de la ligne médiane, et diminuant à mesure qu'on se rapproche de la joue.

Deuxième observation. — Le 13 mars 1865, mademoiselle C..., âgée de 29 ans, entre à Saint-Louis. Je remplaçais M. Voillemier comme chirurgien du bureau central. Cette malade, d'une constitution assez chétive, a vécu dans la plus grande misère en province, jusqu'à il y a un an, époque où elle vint à Paris et se fit domestique; elle porte une tumeur volumineuse, de la grosseur d'une petite pomme, dure, élastique, adhérente à la face postérieure de la mâchoire, faisant saillie dans la région sus-hyoïdienne et dans la cavité de la bouche, s'étendant en arrière jusque près de l'os hyoïde. Ce volume a été atteint, nous assure-t-elle, en un mois. La tumeur est le siège d'élancements qui troublent le sommeil de la malade. Il y a impossibilité pour elle de manger de la viande et difficulté d'avaler des potages à cause du refoulement de la langue en haut, l'articulation des sons est difficile. Les ganglions du cou et de la région sous-maxillaire sont sains.

Le 20 mars, c'est-à-dire sept jours après son entrée, la tumeur avait augmenté d'une façon appréciable. Le 21 mars, je procède à l'opération. On fait respirer à la malade quelques gouttes de chloroforme. Une incision, comprenant toute l'épaisseur de la lèvre inférieure, est faite à partir du bord libre sur la ligne médiane jusqu'au-dessous du

menton. Du bord inférieur de cette incision, j'en fais partir deux autres, l'une à droite, l'autre à gauche, parallèlement à la branche horizontale de la mâchoire inférieure et prolongée à peu près jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du lobule des deux oreilles. Je dissèque ensuite les deux lambeaux dans toute leur étendue, la partie antérieure de la mâchoire est alors mise à nu. A droite, j'enlève la troisième dent molaire; à gauche, la cinquième; puis, avec la scie à chaîne, je scie de chaque côté la mâchoire inférieure au niveau des alvéoles qui contenaient ces dents. Je détache alors les muscles qui s'insèrent à la portion du maxillaire séparée par les deux traits de scie; mais, avant de terminer l'opération, je passe un fil dans le frein de la langue, de manière à retenir cet organe en dehors, s'il avait de la tendance à se porter en arrière. Alors, avec mes doigts, je sépare la face postérieure de la tumeur des adhérences celluluses qui la maintenaient en contact avec les parties voisines, et je l'énuclée ainsi avec la plus grande facilité et sans effusion de sang.

Vingt points de suture réunirent la plaie, sur laquelle je plaçai une compresse d'eau froide.

La langue ne se rétracta pas, ce qui s'explique par la distension qu'avaient due éprouver les muscles hypoglosses et génio-glosses, placés des deux côtés de la tumeur, cette distension leur ayant fait perdre une partie de leur tonicité. Le 29 mars, époque où on enleva les dernières sutures, la réunion est complète presque partout, excepté vers le milieu de l'incision parallèle à la mâchoire; à ce niveau, la réunion n'est pas opérée, et lorsque la malade boit, le liquide s'échappe en partie par cette ouverture. Le 8 avril, elle est prise d'une variole discrète qui guérit en quelques jours. Le 16 mai, elle est atteinte d'une pneumonie à laquelle elle succombe. Mais à cette époque, elle était complètement guérie, et n'était retenue dans les salles que par l'intérêt que les sœurs et les malades lui portaient.

Examen de la tumeur. La table antérieure du maxillaire paraît saine dans presque toute son étendue, excepté vers le bord inférieur; là, le périoste se confond avec la tumeur. Pourtant, au niveau de la quatrième et de la cinquième molaire, cette face antérieure est interrompue par un prolongement de la tumeur, de la grosseur d'une noisette et arrondie comme elle. Ce prolongement semble être passé de la partie postérieure vers l'antérieure, en détruisant l'os vers le bord supérieur.

Le bord inférieur du maxillaire est confondu avec la tumeur; le bord supérieur est surmonté de toutes ses dents qui sont saines. Elles sont toutes déjetées en dehors, excepté la deuxième et la troisième

molaires gauches qui sont déviées en dedans. Ces dents branlent toutes dans leurs alvéoles; la lamelle du tissu compact qui, à l'état normal, les recouvre en avant, a été détruite par la compression et le refoulement des racines. A ce niveau, les racines ne sont plus recouvertes que par la gencive. Celle-ci est mollassse et rouge.

La face postérieure de la mâchoire se confond avec la tumeur. Celle-ci mesure environ huit centimètres en hauteur et quatre centimètres dans son diamètre transversal. Son épaisseur est de cinq centimètres; elle occupe tout l'espace limité par deux lignes verticales qui passeraient à gauche par la quatrième molaire, à droite par la première. Elle présente la forme d'un segment d'ovoïde, surmonté de plusieurs cannelures. Sa consistance est ferme, sa coloration légèrement rosée.

Une coupe pratiquée perpendiculairement sur la tumeur et sur l'os montre que le corps du maxillaire a notablement augmenté en épaisseur, aux dépens surtout de sa partie postérieure. Il est facile de voir que cette augmentation est due à du tissu osseux de nouvelle formation, on distingue aisément la limite de la portion surajoutée. Cette dernière se confond avec un tissu formé de faisceaux grisâtres distincts et placés les uns à côté des autres, ce qui donne à ce tissu un aspect feuilleté. La coupe du mamelon antérieur permet de reconnaître qu'il est constitué en grande partie par du tissu osseux recouvert par une couche fibreuse assez mince. A l'examen microscopique, on constate la présence de fibres de tissu cellulaire en quantité considérable, et dans les parties superficielles des corps fibro-plastiques en proportion notable, par rapport aux fibres de tissu conjonctif.

3^e *Observation.* — Madame B..., âgée de 26 ans, est une femme d'une constitution chétive, petite, maigre, sans couleur, vivant au sein de la plus grande misère. Elle se présenta à moi lors d'un voyage à Étain (Meuse), en 1864, portant un énorme épulis adhérent à la face externe de la mâchoire dans la plus grande partie de la moitié gauche de cet os, ainsi qu'à la gencive, surtout au niveau de l'alvéole de la première grosse molaire vide de sa dent.

Cette tumeur, du volume d'un gros œuf, fait faire à la joue une saillie notable; elle est d'un rouge assez intense, d'une consistance fibreuse; elle ne gêne pas les fonctions de la langue, mais le rapprochement des mâchoires est rendu par elle difficile. De plus, elle provoque une salivation abondante. Les ganglions sous-maxillaires ne sont point engorgés.

Le 25 août, j'enlève cette tumeur. Après l'avoir circonscrite par quelques incisions en arrière, en avant et en bas, je porte deux doigts

le la main disposés en crochet derrière elle et l'arrache, ce qui se fit très-facilement et très-rapidement. Après son ablation, je constatai que cette tumeur envoyait un prolongement dans la fossette dentaire correspondant à la grosse molaire absente. A l'aide d'une branche de ciseaux détachée, je dilacérai ce prolongement, j'en enlevai une partie avec une pince à mors large, puis je cautérisai avec le crayon de nitrate d'argent.

Vu au microscope, le tissu de cette tumeur était constitué presque exclusivement par des fibres de tissu conjonctif.

Après cette opération, de laquelle la malade se remit rapidement, la guérison se maintint pendant une année; au bout de ce temps apparut une tumeur dans l'épaisseur même de la mâchoire, au-dessus de l'angle gauche. Cette tumeur grossit de plus en plus, et quand je revis cette malade en septembre 1865, c'est-à-dire un an après la première opération, elle se présentait dans l'état suivant : Une partie du corps de l'os et de la portion inférieure de la branche verticale paraît dilatée en dehors comme en dedans, et fait à l'extérieur une saillie qui repousse la joue, à l'intérieur une saillie qui refoule la langue.

Le bord supérieur de cette tumeur paraît formé par un tissu résistant, quoique un peu élastique. Le bord inférieur et les parties latérales inférieures ont une consistance osseuse. Le bord supérieur s'élève de 2 centimètres environ au-dessus du niveau du rebord alvéolaire, et met ainsi la mâchoire inférieure dans l'impossibilité de se rapprocher de la supérieure. La première et la seconde petite molaire qui limitent cette tumeur en dedans sont déviées et branlantes. Le bord inférieur se trouve sur le même plan que le bord inférieur du reste du corps de l'os. La mastication est devenue impossible; la malade ne se nourrit plus que de potage. La salivation est extrêmement abondante, l'articulation des sons difficile. Les ganglions de la région sous-maxillaire ne sont point augmentés de volume.

Notre diagnostic fut le suivant : tumeur fibreuse développée dans l'épaisseur de la mâchoire et dont le point de départ a été le périoste alvéolo-dentaire.

Évidemment il n'y avait qu'un seul parti à prendre, celui de faire la résection. Ce fut le 10 janvier 1866 que je la pratiquai. Une incision verticale, comprenant toute l'épaisseur de la lèvre, fut faite à partir de 1 centimètre de la commissure gauche. Cette incision, arrivée au niveau du rebord inférieur de la mâchoire, fut prolongée le long de ce rebord, jusqu'au niveau du lobule de l'oreille. Pour le reste de l'opération, tout se fit comme pour la première; seulement je ne pus conserver qu'une très-petite partie du périoste. Vingt points de suture

métallique furent posés, la réunion immédiate s'opéra dans toute l'étendue de la plaie, et la guérison ne fut entravée que par un érysipèle qui survint, heureusement après que la réunion des bords de la plaie était assurée.

La tumeur que je présente à la Société a les caractères suivants : la plus grande partie de la portion gauche de la mâchoire et de la branche verticale est transformée en un tissu blanchâtre, de consistance fibreuse, présentant çà et là quelques points durs, dus à des portions de tissu osseux dont la résorption n'a pas été effectuée complètement.

Les parois de l'os ont disparu complètement dans la partie qui correspond au bord supérieur et à la partie supérieure des faces latérales; là, on ne trouve que le tissu de nouvelle formation. Les parois existent encore, mais notablement amincies dans le reste de la tumeur, et se continuent sans ligne de démarcation accusée avec le produit pathologique. Le canal dentaire, refoulé à la partie inférieure de la tumeur, paraît intact ainsi que le nerf contenu dans son intérieur. Des parcelles de ce tissu, observées au microscope, m'ont permis de reconnaître qu'il était constitué presque exclusivement par des fibres de tissu cellulaire de la matière amorphe, et de petites parcelles osseuses.

Les trois tumeurs dont je viens de parler me paraissent surtout être intéressantes sous les points de vue suivants :

1° Toutes trois sont constituées par des éléments des tissus cellulaires, embryonnaires, ou complètement développés; elles nous montrent, en quelque sorte, les trois degrés d'évolution d'une seule et même tumeur fibreuse, celle-ci ayant toujours pour point de départ des noyaux embryo-plastiques, qui deviennent corps fibro-plastiques, puis filaments de tissu cellulaire.

2° Ces trois tumeurs se sont développées dans les trois départements cellulaires de la mâchoire, si l'on peut ainsi dire, dans lesquels les fibromes peuvent prendre naissance. La première, très-vraisemblablement, dans le canal dentaire; la seconde, dans le périoste qui enveloppe l'os; la troisième, dans le périoste alvéolo-dentaire.

3° Ces trois tumeurs ont été observées chez des sujets jeunes, 18 ans, 29 ans, 26 ans; chez des sujets vivant dans la plus grande misère, les deux seules causes que l'on puisse invoquer pour leur apparition.

4° Enfin, on peut être certain que des deux malades survivantes la première est à l'abri de toute récurrence, eu égard au temps qui s'est écoulé depuis l'opération.

M. LARREY fait observer que dans le livre de Jourdain, on trouve relatés des cas analogues au troisième fait rapporté par M. Liégeois.

M. A. FORGET Parmi les tumeurs qui se développent dans les os maxillaires, il en est qui leur sont communes avec toutes les autres parties du squelette; il en est d'autres, au contraire, qui leur sont spéciales et qui dépendent de conditions anatomiques et physiologiques qui ne se rencontrent que dans les mâchoires.

C'est au premier genre de tumeurs qu'appartient l'une de celles que nous présente M. Liégeois, et qui est constituée par une hypergénèse du périoste externe.

L'autre est une tumeur propre aux os maxillaires; elle est de tout point semblable à celle dont j'ai décrit plusieurs variétés dans ma thèse inaugurale sur les kystes des mâchoires.

Procédant du développement anormal du périoste alvéolo-dentaire, le néoplasme se comporte différemment suivant qu'il reste inclus à l'intérieur de l'os indéfiniment, ou qu'à une époque plus ou moins éloignée de son point de départ, il se fait jour à l'intérieur de la bouche par les alvéoles privées de leurs dents par le fait même de la pression incessante et excentrique du produit morbide.

Dans le premier cas, le corps de l'os prend la forme ovoïde et constitue une cavité close qui enserme de toute part le néoplasme.

Dans le second cas, celui-ci s'est pédiculisé à l'intérieur d'une ou de plusieurs alvéoles dilatées, et la portion du maxillaire à laquelle il correspond affecte une forme cylindroïde.

Ces tumeurs fibreuses adhèrent très-intimement à la paroi osseuse du kyste; il y a comme une sorte de fusion entre elles et lui au moyen d'un prolongement que j'ai comparé, dans ma thèse, à l'épanouissement d'un fort tendon au point de son insertion.

Cette disposition différencie ce genre de tumeurs de celles que constituent exclusivement les éléments hypertrophiés des bulbes dentaires. Ces tumeurs, dont j'ai donné la description en 1860 dans un mémoire lu à la Société de chirurgie (avec une planche) et qui ont été récemment étudiées par M. Broca, s'enkystent à l'intérieur des alvéoles où, le plus souvent, elles ne contractent que de très-faibles adhérences, y restant plus généralement libres et isolées.

J'ai eu l'occasion de mettre sous les yeux de la Société de chirurgie une fort belle planche reproduisant le dessin d'une tumeur de ce genre qui lui avait été adressée par M. Letenneur (de Nantes).

Les tumeurs fibreuses ou fibroplastiques du premier ordre ont des rapports variables avec les nerfs et les vaisseaux maxillaires, suivant l'époque de leur développement à laquelle on les observe. Le plus

généralement elles n'ont aucun rapport de contact avec le nerf dentaire, le canal de ce nom restant intact dans la base de l'os tant que la tumeur n'a pas acquis une ampliation considérable. Sur deux malades que j'ai observés, par suite des progrès de la maladie et de l'amaigrissement du tissu osseux, le plancher du canal dentaire avait été détruit et le contact de la tumeur avec le nerf déterminait les plus vives douleurs à la moindre pression. C'est ainsi qu'indolores à la première phase de leur existence, ces tumeurs peuvent être plus tard très-douloureuses.

Quant au traitement, il serait insuffisant si on se bornait à arracher la tumeur faisant saillie au-dessus des alvéoles et à cautériser superficiellement la portion restante de celle-ci. C'est pour avoir agi de la sorte que l'on a eu souvent des récidives. Dupuytren conseillait d'éteindre plusieurs cautères à l'intérieur de ces kystes osseux. Cette précaution peut aussi être insuffisante; le plus sûr en pareil cas est d'enlever, comme je l'ai vu faire à Lisfranc et comme je l'ai fait moi-même, le plan osseux qui sert d'implantation au néoplasme. Toutefois, la nature homéomorphe de celui-ci et l'intégrité de la base de l'os maxillaire dont la continuité est conservée, me paraissent devoir prescrire le plus souvent de conserver l'os et de réserver la résection pour les cas extrêmes.

M. DEMARQUAY. J'ai suivi une malade qui avait été opérée par Blandin, et chez laquelle on avait enlevé toute la portion d'os au niveau de laquelle la tumeur avait pris naissance. La récidive eut lieu cependant, et cette fois il fallut pratiquer la résection d'une moitié du maxillaire. Dix ans après j'ai revu la malade; la guérison s'était maintenue et les mouvements des muscles de la face s'étaient rétablis, quoique pendant l'opération le nerf facial eût été coupé.

M. LIÉGEOIS insiste sur ce fait, que dans le cas dont il a donné la relation, le point de départ des tumeurs paraît bien être le périoste alvéolo-dentaire.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. DEMARQUAY a fait construire par M. Galante, une série de cathéters de différents volumes, qui ont pour but de faciliter l'uréthrotomie externe sur conducteur. Sur chacun de ces cathéters se monte un curseur en forme d'olive, pointu inférieurement, et sur lequel on a ménagé une cannelure.

Le conducteur étant introduit dans la vessie, le curseur fait facilement reconnaître le rétrécissement et s'engage en partie dans ce dernier, ce qui permet de l'inciser sur la rainure du curseur.

L'opération terminée avec ce même curseur, on explore le canal comme avec une bougie à boule, et on s'assure ainsi qu'il n'existe plus de portion rétrécie.

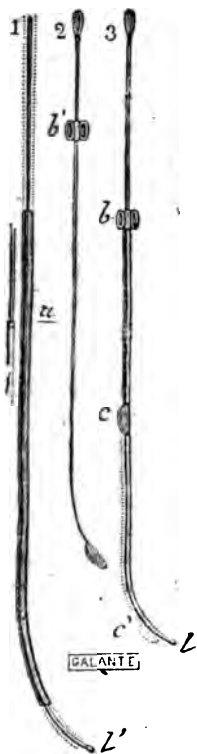
Cela fait, il s'agit d'introduire une sonde dans la vessie; pour arriver à ce résultat, laissant le conducteur en place, on enlève le curseur, et à l'extrémité supérieure du conducteur on adapte une simple tige qui, faisant corps avec le cathéter, permet de faire glisser jusque dans la vessie une sonde percée à son extrémité. On peut dès lors enlever le conducteur.

Grâce à cet instrument, les deux difficultés que présente l'uréthrotomie sont vaincues, à savoir :

1° Reconnaître le siège et l'étendue du rétrécissement; 2° introduire une sonde dans la vessie après l'opération.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, Dr LÉON LABBÉ.



SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1868

Présidence de M. LEGUEST

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Quatre volumes (I à IV) de *Med. Obs. and Inquiries* de la Société des médecins de Londres, et le tome 1^{er} des *Rapports de London hospital*, offerts à la Société par M. Giraldès.

— Les journaux de la semaine.

— Le *Bulletin de Thérapeutique*.

— Le *Bulletin de la Société de médecine de Marseille*.

— Le *Sud médical de Marseille*.

— La *Gazette médicale de Strasbourg*.

— Le troisième fascicule du tome VI des *Mémoires des Savants étrangers*, publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique.

— *Note sur les polypes fibreux de l'utérus*, par M. Ancelot, membre correspondant de la Société.

— M. Rouge, chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Lausanne, adresse plusieurs brochures :

Perforation du palais et palatoplastie. — Autoplasties diverses de la face. — Quelques mots sur l'uréthrotomie interne. — Anévrisme poplité guéri par la compression indirecte et intermittente. — La collection pour 1867 du *Bulletin de la Société vaudoise de médecine*.

— M. LE PRÉSIDENT déclare vacante une place de membre titulaire.

COMMUNICATION.

Fractures articulaires, résections.

M. VERNEUIL, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Duplay, sur le traitement des plaies des articula-

tions, présente un malade sur lequel il a pratiqué la résection du coude pour une plaie pénétrante, accompagnée de fracture, de l'articulation du coude.

Le nommé K..., 27 ans, vigoureux, bien portant, reçut, le 28 août 1867, un bloc de pierre pesant, sur le côté externe et postérieur du coude. Il en résulta une plaie à lambeau longue de 12 à 15 centimètres et mettant à nu la région externe du coude. Il existait, en même temps, un décollement étendu en haut, en bas et du côté de l'olécrâne. Les mouvements du coude étaient faciles, non douloureux.

On diagnostiqua une plaie simple, et on mit en usage l'irrigation continue, sans tenter de rapprocher les lèvres de la plaie.

Il ne survint pas d'accidents pendant les premiers jours. Le quatrième, on observa une rougeur diffuse et un gonflement de toute la partie décollée. Une contre-ouverture fut pratiquée du côté de l'olécrâne, et les cataplasmes substitués à l'irrigation continue. Il n'existait pas alors de symptômes généraux.

Le 6 septembre, du huitième au dixième jour, frissons, fièvre, gonflement phlogmoneux très-considérable, s'étendant en haut jusque vers le deltoïde, en bas jusqu'au tiers moyen de l'avant-bras; douleur dans les mouvements; teinte noirâtre du lambeau interne; inappétence; soif; état général assez alarmant.

L'explora de nouveau la région, et je constatai une fracture de l'épicondyle et une ouverture étroite de l'articulation du coude au niveau de son côté externe.

Je me décide immédiatement à faire la résection, après avoir pris l'avis de mon éminent collègue, le docteur Vanzetti.

La plaie formait une incision naturelle sur le bord externe de l'article. J'y joins une incision perpendiculaire passant au niveau de l'olécrâne et dépassant cette apophyse en dedans. Le bistouri n'intéresse d'ailleurs qu'un tégument menacé de sphacèle et qui, en effet, se mortifia en grande partie.

L'opération fut très-laborieuse à cause de l'extrême solidité des ligaments. Je n'enlevai absolument que les surfaces articulaires, c'est-à-dire l'humérus au niveau d'une ligne réunissant le centre de l'épicondyle et de l'épitrochlée, puis la cupule radiale et le cubitus au même niveau, en respectant les insertions du brachial antérieur.

Je place le bras dans la demi-flexion, et je laisse la plaie articulaire largement ouverte. Pansement avec l'alcool camphré et la liqueur de Labarraque.

Les accidents inflammatoires locaux et les symptômes généraux tombent dans les trois jours suivants. Au cinquième jour, je ne crai-

gnais plus rien pour la vie. L'eschare tombe et met à nu largement l'extrémité inférieure de l'humérus; il en résulte une large plaie qui se couvre bientôt de belles granulations.

Le membre reste dans la gouttière à angle droit pendant un mois; au bout de ce temps, je le redresse pour rapprocher les bords de la plaie. A la cinquième semaine, le bras était si solide et la coaptation si exacte, que le malade pouvait sortir lui-même le membre de la gouttière, sans avoir besoin de le soutenir.

Je commençai alors à faire exécuter des mouvements, mais avec modération, pour ne pas entraver la cicatrisation de la plaie. Ces mouvements se faisaient dans l'étendue de 30 degrés au moins. J'envoie alors le malade à Vincennes, parce que des érysipèles régnaient dans les salles. Je lui recommande expressément de continuer à mobiliser son bras.

Ce malade est venu me voir dans le mois de janvier, à peu près complètement guéri; mais le membre a perdu de sa mobilité. Il existe une cicatrice adhérente au niveau de l'humérus; le membre est fléchi à angle obtus. Je me propose de le mobiliser ultérieurement.

Je communique cette observation comme exemple de l'efficacité de la résection dans les cas de plaie articulaire, lorsque l'arthrite purulente et le phlegmon de voisinage se sont développés.

Les phénomènes locaux et généraux cèdent très-promptement. Ce fait tend également à prouver que l'on remédie très-bien aux accidents en faisant l'opération au moment même où ceux-là sont déjà développés.

On peut donc attendre dans les cas de plaie articulaire et ne pas réséquer d'emblée, à moins de délabrement considérable.

M. GUÉRIN a longtemps professé l'opinion de M. Verneuil sur les résections; mais, depuis, il a modifié sa pratique et a obtenu de beaux succès, grâce au drainage, dont il faut rapporter l'honneur à M. Chassaignac. Le drainage est un moyen puissant à mettre en usage, dans les plaies articulaires et les abcès des articulations.

Dernièrement, M. Guérin a dû traiter une grande collection purulente du genou. Il a pratiqué le drainage, des lavages ont pu alors être faits sans difficulté; la suppuration s'est écoulée facilement; il n'y a pas eu de fétidité, et le malade est en voie de guérison.

M. Guérin a encore, dans son service, un homme qui a eu une plaie étendue du bras et une suppuration de l'articulation du coude qui a été vaincue par le drainage. Sans ce moyen, il eût fallu avoir recours à la résection ou à l'amputation, ou le malade eût succombé.

CHASSAGNAC. Ce que vient de dire M. Guérin me dispense de discuter, avec M. Verneuil, contre ce qu'il y a de trop absolu dans ses conclusions. Déjà, d'après les faits de ma pratique et celle d'autres chirurgiens, je rejette la résection, au moins de prime abord. Il faut essayer, comme moyen de transition, le drainage, et ce moyen peut devenir définitif.

M. Blot, il y a quelques années, a lu un travail, très-favorable à mon opinion. Il a prouvé qu'après l'emploi du drainage, dans des cas de suppuration articulaire, les mouvements s'étaient complètement rétablis.

Le point important, c'est d'agir de bonne heure, d'une façon hâtive.

M. PÉPIN. Je voudrais que M. Verneuil précisât son précepte, et qu'au lieu de dire : « Il faut pratiquer la résection au moment où apparaissent les accidents articulaires, » il dise plus radicalement : « Il faut réséquer dans tous les cas de plaies des articulations, car il est rare qu'on n'ait pas d'accidents articulaires. »

Quant à mon opinion personnelle, relativement à l'opportunité de la résection, je la réserve entièrement.

M. GUYON. J'ai pu obtenir dernièrement un beau succès à la suite de l'emploi du drainage dans un cas de plaie du genou. J'avais pratiqué le redressement pour une arthrite purulente, je fis ensuite une ponction, et il s'en suivit une amélioration. Les accidents ayant reparu, M. Després, qui me remplaçait, pratiqua le drainage et le malade guérit parfaitement.

M. TRÉLAT. M. Verneuil nous a présenté un malade atteint de plaie du coude avec fracture, chez lequel il a pratiqué avec succès la résection, et il a bien fait; mais de là à ériger en principe la résection dans le cas de plaie articulaire, il y a une grande distance. Il faut préciser quelles sont les articulations lésées et ne poser de préceptes que pour chaque articulation en particulier.

Ainsi la résection, favorable pour le coude, serait mauvaise pour le genou et ne devra être tentée qu'exceptionnellement pour l'articulation tibio-tarsienne.

Le drainage est un moyen très-utile, auquel j'ai fréquemment recours, mais il rentre dans la méthode plus générale des incisions évacuantes.

M. DEMARQUAT. M. Verneuil a-t-il pu décoller le périoste dans le cas où il a opéré sur un sujet sain?

M. VERNEUIL. Je n'ai réséqué que les parties articulaires, et je ne me suis pas attaqué aux parties recouvertes de périoste. La question de conservation du périoste n'a pas été posée dans ce cas.

M. DEMARQUAY. Je regrette que M. Verneuil n'ait pas fait de tentatives de conservation du périoste. Dans la dernière communication faite par M. Ollier, à la Société de chirurgie, ce chirurgien a dit avoir en cours d'observation un malade chez lequel il avait pratiqué, à la suite d'un traumatisme, la résection tibio-tarsienne. Il avait pu, chez ce malade, disséquer le périoste et rétablir les surfaces articulaires. J'ai tenté des résections de ce genre, et je n'ai pas été aussi heureux que M. Ollier. Je me demande comment, à Lyon, on obtient ce qui ne peut être obtenu à Paris. Je déclare que, pour mon compte, je n'ai jamais pu décoller le périoste d'un os sain, surtout au voisinage des articulations, sans produire des délabrements très-considérables.

M. VERNEUIL. Je voudrais qu'on distinguât l'emploi du drainage dans les abcès articulaires, de la résection appliquée aux cas de plaies articulaires avec fracture.

M. BLOR. Il y a des cas où, malgré les accidents généraux les plus graves, on obtient la guérison d'arthrites suppurées par de larges incisions. J'ai observé un de ces faits dans le service de M. Nélaton, à la Clinique.

Il faudrait indiquer rigoureusement dans quels cas la résection doit être mise en usage, dans quel cas le drainage doit être utile. Il faut tenir compte de la question du rétablissement des mouvements.

On peut se demander, dans le cas de M. Verneuil, si c'est la résection ou bien seulement les larges débridements qui l'ont accompagnée, qui ont fait tomber les accidents généraux.

M. LARREY. J'ai recherché de tous côtés, depuis deux ans, des observations complètes et probantes de ces sortes de lésions, surtout en ce qui concerne l'articulation du genou. J'ai vu qu'on pouvait obtenir des succès très-inattendus dans un grand nombre de cas. Ces succès commandent une certaine réserve dans l'application de la résection et de l'amputation. Il faut d'abord faire usage de toutes les ressources dont nous pouvons disposer.

Il faut bien, dans ces cas, se garder de confondre l'*expectation* avec la *chirurgie conservatrice*. La première semble être oisive, inactive; la seconde doit, par les efforts les plus actifs, les plus énergiques, tâcher d'éviter les opérations.

M. LEFORT. M. Verneuil nous a présenté un malade qui avait eu une fracture du coude avec plaie pénétrante. Au dixième jour de la blessure, deuxième jour des accidents, il a réséqué. Que fallait-il faire ?

La fracture n'intéressait que l'épicondyle. Fallait-il faire alors de la chirurgie conservatrice, faire des incisions, ou pratiquer la résec-

tion? Les incisions faites sur l'articulation du coude n'ouvrent pas aussi largement l'articulation qu'au niveau du genou. Si la résection avait dû être pratiquée, celle de l'olécrâne, au plus, eût suffi.

Nous savons que les amputations, les résections faites au moment de la fièvre, donnent de mauvais résultats; aussi, je crois que, dans les circonstances où se trouvait M. Vernéuil, il eût mieux valu ne faire que des débridements, du drainage ou de l'irrigation continue; mais pas la résection. Cependant, ce fait prouve qu'on peut guérir les malades dans ces conditions.

M. PANAS. J'ai réséqué un coude, pour cause traumatique. Il existait une fracture intra-articulaire multiple, avec plaie de l'articulation, contusion violente.

La résection a porté sur les trois os. Je pensais mettre ainsi mon malade à l'abri d'accidents formidables, mais il a succombé à la suite du développement d'un phlegmon étendu et de fusées purulentes.

La résection avait été faite trois jours après l'accident, avant que la réaction inflammatoire fût violente. J'indique ce fait pour l'opposer aux faits favorables cités par M. Verneuil.

M. VERNEUIL. J'entends parler ici des plaies articulaires compliquées de fractures. Je demande ce que j'aurais pu faire dans le cas actuel. Mon malade arrive avec un traumatisme grave. On pratique l'irrigation. Surviennent les phénomènes inflammatoires, on fait des ouvertures. Alors se développent des accidents généraux, graves; c'est à ce moment que j'explore de nouveau la plaie avec mes doigts et que je constate la fracture.

J'ai pensé qu'on ne pouvait pas mettre un drain entre les surfaces articulaires du coude. Je crois également qu'on ne peut diviser, ouvrir largement l'articulation du coude. Restait la résection: en réséquant seulement l'olécrâne, l'opération n'eût pas été suffisante pour ouvrir largement l'articulation. J'avais déjà obtenu trois succès, à la suite de la résection des trois os; j'ai agi de même dans ce quatrième cas, et j'ai réussi.

Eh bien! dans les cas de fractures graves du coude, l'on a le plus souvent un cal vicieux, et une ankylose consécutive; les malades supportent longtemps, et, s'ils guérissent, c'est avec un coude détestable.

Dans ces circonstances, la résection n'augmente pas les chances de mort. Chez mon malade, les symptômes étaient formidables, et tous ont cédé après l'opération.

M. FOSSET. Je voudrais savoir quel était exactement l'état des surfaces articulaires que M. Vernéuil a enlevées. Le phlegmon si grave

qu'on a observé avait-il pour point de départ l'articulation? Y avait-il du pus dans l'articulation?

M. TRÉLAT. Dans le cas particulier dont il s'agit, vu l'état des choses, j'estime que M. Verneuil a bien agi; mais il ne faudrait pas généraliser.

M. VERNEUIL. Les surfaces articulaires étaient extrêmement serrées et il n'y avait pas de pus dans l'articulation.

M. DEMARQUAY. M. Verneuil a surtout été entraîné à pratiquer la résection par l'intensité des phénomènes d'étranglement. Eh bien, des incisions, des débridements à l'air libre, à l'aide d'un ténotôme, auraient pu vaincre l'étranglement. Cette pratique, qui était suivie par Roux, par Blandin, m'a réussi dans un cas de plaie du genou.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeurs à myéloplaxes.

M. GUÉRIN présente une *tumeur à myéloplaxes*. Il s'agit d'une épulis, qui avait pris naissance dans le périoste alvéolo-dentaire de la mâchoire supérieure, ce qui semble en contradiction avec l'opinion des micrographes et en particulier de M. Charles Robin, M. Guérin a enlevé la dent et l'os qui entourait l'implantation de la tumeur dans une très-grande étendue, pour éviter la récurrence. Le point d'implantation était sur la dent; en enlevant celle-ci de bonne heure, on aurait eu grande chance d'enlever tout le mal.

M. GUYON a enlevé tout récemment une épulis à myéloplaxes de la mâchoire supérieure. Il rappelle la thèse de M. Nélaton; neveu, qui a publié un grand nombre de faits de cette nature.

M. LÉON LABBÉ. M. Eugène Nélaton a, depuis 1860, époque à laquelle il a soutenu sa thèse, tenu les chirurgiens au courant du résultat définitif des opérations qui avaient été pratiquées chez les malades dont il a tracé l'histoire. En 1865, il a fait connaître l'état de ces malades, et dernièrement il a fourni de nouveaux renseignements sur ce sujet. Les résultats qu'il a constatés démontrent que les tumeurs à myéloplaxes sont essentiellement bénignes. Elles ne récidivent pas lorsqu'on a eu le soin de dépasser les limites du mal.

M. LABBÉY a publié, il y a bien des années, un cas d'épulis, dans lequel il a cautérisé assez énergiquement la surface d'implantation.

M. FORGET ne croit pas que l'on connaisse bien l'élément génésique

de ces tumeurs, ce qui expliquerait les différences que l'on peut observer au point de vue de la récurrence.

Autrefois, on confondait toutes ces tumeurs sous le nom de sarcome. Cependant dès lors on les enlevait largement, et, sans connaître la nature de la maladie, on agissait comme si on la connaissait.

PRÉSENTATION DU MALADE.

Staphylôme pellucide de la Cornée.

M. MEYER. Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie a été atteint d'un staphylôme de la cornée dont les premiers symptômes remontent à plus de sept ans. A cette époque, le malade, s'apercevant que sa vue faiblissait de plus en plus, vint à Paris consulter notre regretté confrère M. Follin, qui, diagnostiquant immédiatement le kératoconus, conseilla le repos des yeux, l'usage des lunettes sténopéiques, et dit franchement au malade qu'il n'y avait rien à faire. Et, en effet, les moyens connus jusqu'alors tentaient toujours à neutraliser autant que possible les effets funestes que l'affection de la cornée exerce sur la vision, ou à empêcher les progrès du staphylôme sans attaquer ce dernier même. On avait bien proposé d'exciser une portion de la cornée avec ou sans suture consécutive, mais ces opérations, devant nécessairement mettre l'organe en danger, n'avaient jamais été exécutées. Ce n'est qu'en 1866 que M. de Graefe conseilla une nouvelle méthode, se basant sur l'aplatissement de la cornée que l'on voit survenir après des abcès de cette membrane, et publia en même temps un cas où il avait obtenu un résultat très-encourageant.

Lorsque le malade, ici présent, vint me consulter au mois d'octobre dernier, la vision de son œil avait tellement souffert qu'il ne pouvait plus reconnaître les personnes qu'il touchait de la main, et comme les moyens optiques ne présentaient plus d'efficacité, je me décidai à l'opération proposée par le savant professeur de Berlin. Le 19 novembre 1867, j'enlevai, à l'aide d'une aiguille en forme de curette (fig. 1), un petit morceau large de 3 millimètres à peu près de la surface de la cornée au-dessous du sommet du cône, sans pénétrer dans la chambre antérieure.

A ce même endroit, je cautérisai deux jours plus tard, et à partir



de ce moment, tous les deux ou trois jours, très-légèrement avec un crayon de nitrate d'argent mitigé. Ne voyant arriver aucune réaction

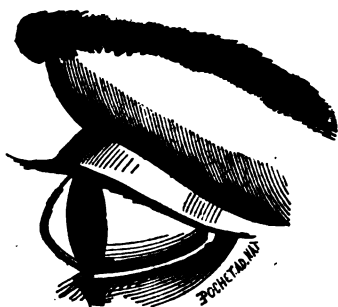


FIG. 2. — Staphylôme pellucide de la cornée.
avant l'opération.

inflammatoire, j'enlevai, dix jours après, un second morceau de la cornée de la même grandeur que le premier et sans perforer la membrane de Descemet. Il se forma alors peu à peu une petite infiltration que j'entreteins à l'aide de fomentations chaudes et de légères cautérisations. Quand je vis ce petit abcès artificiel prêt à amener une perforation spontanée, je pratiquai, le 20 décembre, la paracentèse de la chambre antérieure, et je répétai cette ponction à plusieurs reprises, jusqu'au 1^{er} janvier de cette année. A partir de ce jour, je ne mis plus d'obstacle à la guérison de la petite plaie. La rétraction du tissu cicatriciel provoqua rapidement l'aplatissement du staphylôme qui avait complètement disparu vers le milieu de janvier. La cornée montre maintenant, à l'endroit du staphylôme primitif (fig. 2), une taie qui est encore en voie de régression (fig. 3) et la courbure de la cornée est devenue normale (fig. 4).



FIG. 3. — Aspect de l'œil, vu de profil,
après l'opération.

Quant à la vision, le malade que je soumetts à l'examen de la Société de chirurgie, lit aujourd'hui sans difficulté une écriture fine (Jaeger, n° 9) à la distance ordinaire, et reconnaît même les caractères les plus fins (Jaeger, n° 1). Pendant la durée du traitement, qui a été de deux mois à peu près, le malade portait un léger bandage sur l'œil et venait ainsi tous les jours chez moi pour se faire soigner.



FIG. 4. — Le même oeil, vu de face, après l'opération.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

Ciseaux bronchotomes.

Cet instrument a été construit d'après les données de M. Amédée Tardieu, interne des hôpitaux, par M. Galante, fabricant d'instruments de chirurgie.

Il est destiné à faire la trachéotomie, tout spécialement chez les enfants, dans les cas difficiles.

Il se compose de deux branches de ciseaux rapprochées par une articulation mobile : l'une des branches est terminée par une pointe en tenaculum ; c'est la branche principale.

L'autre branche ressemble à une branche de ciseaux ordinaires, et sa lame peut être terminée un peu en ligne courbe.

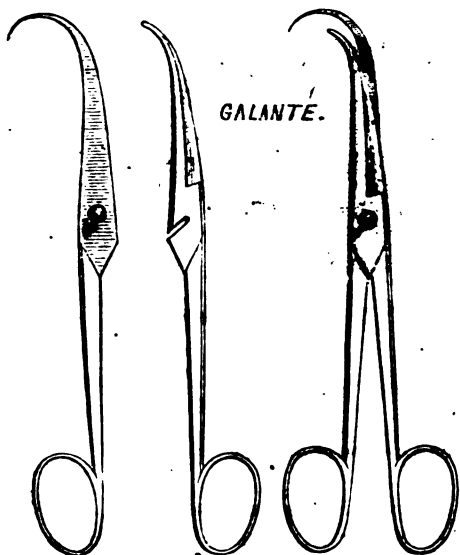
Avec cet instrument, on fait la trachéotomie de la façon suivante :

L'enfant est couché sur le dos ; la face antérieure du cou est tendue par la projection en arrière de la tête tenue par un aide. Un autre aide tient les mains.

Dans un premier temps, le chirurgien, se plaçant près de la tête de l'enfant, saisit la trachée entre le pouce et l'index de la main gauche. Quel que soit l'embonpoint de l'enfant, on peut toujours fixer solidement la trachée.

Le chirurgien prend alors de sa main droite la branche de ciseaux terminée en tenaculum, et enfonce la pointe de bas en haut dans les tissus. Une sensation spéciale le prévient qu'il est dans la trachée.

Dans un deuxième temps, le chirurgien fait



glisser de bas en haut dans la trachée la pointe du tenaculum, et la fait ressortir au point où il veut, au niveau du cartilage par exemple. Il lui est plus commode pour ce temps d'être à droite de l'enfant.

Enfin, dans un troisième temps, le chirurgien articule la seconde branche à la première et coupe d'un seul coup la peau, les tissus sous-jacents et la trachée. Cet instrument rend la trachéotomie prompte et facile chez les enfants. Moins que tout autre procédé il expose aux hémorrhagies.

Quant aux reproches qu'on pourrait lui faire, l'expérimentation, mieux que les arguments, en aura facilement raison. Elle fera voir en même temps les avantages réels qu'offre ce modeste instrument, comparé aux autres appareils employés pour la trachéotomie.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, D^r LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Une lettre de M. S. Duplay, qui se porte candidat à la place de ,
membre titulaire actuellement vacante.

- Les journaux de la semaine.
- L'Union médicale de Provence.
- Le compte rendu des travaux de la Société médicale de Clermont-Ferrand.
- Un tirage à part de l'article *Autoplastie*, par M. Verneuil, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*.
- Observations de *Trachéotomie dans la dernière période du croup*, par M. Calvet, chirurgien en chef des hôpitaux de Castres.
- Une brochure sur la *Vaccine et la manière de pratiquer cette opération*, par le docteur Martinenq.
- Un dictionnaire de poche allemand, italien et français, sous le titre : *Petit dictionnaire pour l'infirmier volontaire des blessés en guerre*.
- Le tome XXXII du *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*.
- M. le docteur Lombard adresse une note manuscrite relative à la *reproduction des os par le périoste*. Cette note est accompagnée d'une clavicule extraite à un enfant.
- M. Broca dépose sur le bureau, de la part de M. le Directeur de l'Assistance publique, les deux premiers volumes de la *Statistique médicale des hôpitaux de Paris* (années 1861 et 1862).

M. LARREY. La statistique des hôpitaux civils de Paris nous fournit déjà des documents et des renseignements très-intéressants : leur importance et leur intérêt ne fera que s'accroître ; mais il serait important de pouvoir y joindre celle des hospices de convalescence de Vincennes et du Vésinet. Cela serait d'autant plus nécessaire, que beaucoup d'amputés vont terminer leur guérison dans ces deux établissements, et que c'est là surtout où l'on peut étudier les résultats éloignés fournis au point de vue de l'utilité des membres par diverses amputations.

Il serait d'un intérêt considérable de posséder, d'une manière aussi complète que possible, la statistique de nos hôpitaux civils et militaires qu'on pourrait ainsi comparer.

M. BROCA. Au point de vue scientifique, il serait désirable que les vœux de M. Larrey puissent être remplis ; mais les hôpitaux de Vincennes et du Vésinet dépendent directement du Ministère de l'Intérieur ; l'administration des hôpitaux ne peut y intervenir, et il serait difficile, sinon même impossible pour le moment, d'obtenir à Vincennes et au Vésinet la rédaction d'une statistique sur les mêmes bases et dans le même cadre que celle de l'Assistance publique.

M. LARREY. La Société de chirurgie obtiendra probablement sous

peu l'audience qu'elle a demandée à S. Exc. M. le Ministre de l'Intérieur; peut-être alors pourrait-elle utilement appeler son attention sur ce point.

M. MARJOLIN. Beaucoup de nos malades, sachant que l'asile de Vincennes est dans de meilleures conditions hygiéniques que nos hôpitaux, s'y rendaient pour y prendre un air plus salubre et aussi pour s'y faire opérer. M. Laborie a pratiqué, à l'Asile impérial, un assez bon nombre d'opérations et avec beaucoup de succès. Il serait à désirer qu'on pût, avec les registres de cet établissement, compléter les notes que notre regretté collègue a laissées sur ce sujet. Cela doit être possible. Tous les mois, on nous présente à signer une feuille sur laquelle se trouvent inscrites les opérations que nous avons pratiquées pendant le mois précédent. Il me paraît plus que probable qu'on a dû tenir note, à Vincennes, des opérations faites.

M. LÉON LEFORT. L'administration, en entreprenant l'important travail dont elle vient, par l'intermédiaire de M. Broca, de nous soumettre les premiers résultats, est entrée dans une voie excellente, et nous devons l'aider de toutes nos forces à y persévérer. Je n'ai pas à signaler les imperfections de la statistique qui nous est soumise, je ne voudrais même pas le faire, car il y aurait injustice à demander qu'on arrivât du premier coup à la perfection dans une œuvre aussi délicate. La statistique des hôpitaux de Paris ne peut être bonne que si les éléments qu'on fournit à l'administration sont absolument sérieux; colliger plusieurs milliers de fiches statistiques isolées est un travail dont on ne peut sortir qu'avec la plus grande difficulté. Il serait à désirer que nous vinssions en aide à l'administration en lui remettant chaque année, sous forme de rapports, la statistique, faite sur un cadre uniforme, de nos services respectifs.

M. DESPRÉS. La statistique est faite à l'administration centrale, longtemps après que les malades ont quitté les hôpitaux; lors donc que les feuilles individuelles portent des indications insuffisantes, il est trop tard pour les compléter. Aussi trouvons-nous, dans les tableaux publiés, beaucoup de désignations vagues : phlegmons, sans autre spécification; amputation des doigts, sans qu'on puisse savoir s'il y en a un ou plusieurs d'amputés. Je sou mets ces *desiderata* à M. Broca, puisqu'il est, à l'administration, le directeur de la statistique.

Il serait désirable que la statistique fût faite, dans chaque hôpital, au fur et à mesure de la sortie des malades, par un employé spécial.

M. VERNEUIL. L'administration a supprimé, pour les concours des prix de l'internat, une épreuve excellente : celle du mémoire inédit,

remis par chacun des candidats. Elle pourrait, avec avantage, rétablir cette épreuve sous la forme d'un prix de statistique et récompenser les internes qui fourniraient les meilleurs documents.

M. GIRALDÈS. L'administration est entrée dans une voie utile, mais les lacunes que présentent ses statistiques ne sont pas de son fait. Elle ne peut mettre en œuvre que les documents qui lui sont fournis, et ils ne sont pas toujours rédigés avec un soin suffisant. M. Le Fort disait qu'il faudrait faire la statistique générale au moyen de statistiques partielles; je suis de son avis. Il y avait autrefois, dans le service de Dupuytren, l'interne chargé du service des observations; c'est une organisation à laquelle nous pourrions avec avantage emprunter quelques améliorations à l'état de choses actuel.

M. TAILLAT. Le tableau numéro 10 comprend les hôpitaux généraux desquels on a éliminé les services de chirurgie, les hôpitaux spéciaux, comme les cliniques et Saint-Louis: il y a là un *désideratum* qui ne tient qu'à une question de forme, mais qu'il serait utile de faire disparaître, car les services de chirurgie de ces hôpitaux n'ont rien de spécial qui les distingue de ceux des autres établissements tels que Beaujon, l'Hôtel-Dieu, la Charité, etc.

Quant aux statistiques partielles que demande M. Le Fort, elles me paraissent inférieures aux fiches individuelles, mais il faut que ces fiches soient exactes et bien faites.

M. DESPRÉS insiste sur l'utilité d'un employé spécial chargé, dans chaque hôpital, du dépouillement des feuilles de statistique.

M. BROCA. L'organisation générale de la statistique a été faite par une commission dont je faisais partie, mais je ne suis en aucune façon directeur de la statistique. Je me suis occupé seulement du dépouillement des opérations chirurgicales; je me suis borné, tout à l'heure, à demander à mes collègues si, dans ces tableaux, ils ont quelques modifications à conseiller à l'administration.

Comme le dit M. Després, il y a inconvénient à ce que le dépouillement et le classement soient faits si longtemps après que les malades ont quitté l'hôpital; mais ces retards ne vont pas tarder à disparaître. Dans les premières années, on manquait d'habitude, on découvrait à chaque instant, dans les fiches, des lacunes et des erreurs, et on a attendu, pour publier la première année, que le dépouillement de la seconde année fût achevé. Aujourd'hui, on peut marcher plus vite et mieux, car les feuilles statistiques sont mieux faites; les préventions qui régnaient au début sont effacées ou tendent à disparaître; nous en sommes plus à l'époque où Dupuytren regardait comme une injure personnelle un regard (indiscret, suivant lui,) jeté sur les

résultats de sa pratique hospitalière; tous, aujourd'hui, nous acceptons la responsabilité de nos œuvres.

J'avais demandé la suppression du relevé mensuel des observations, car ce relevé est presque toujours inexact et il fait double emploi; mais par ce même que la statistique est en retard, le relevé mensuel est indispensable, car il faut que, dans l'année même, l'administration puisse, s'il en est besoin, savoir quelles opérations ont été pratiquées dans les hôpitaux.

Contrairement à ce qu'a dit M. Le Fort, je crois les fiches individuelles préférables à une statistique faite pour chaque service annuellement par chaque chef de service; mais il faut que les feuilles soient exactement faites. Quant à moi, je fais faire l'en-tête par un externe, et j'en remplis les blancs moi-même. Si nous faisons nous-mêmes nos statistiques, elles ne concorderaient pas; sans doute il n'y aurait pas d'erreurs sur les chiffres absolus des guéris ou des morts; mais les classifications différeraient pour chaque service, il n'y aurait aucun ensemble; il vaut donc mieux que ce soit une même personne qui verbalise toutes les fiches et fasse la statistique sous des rubriques identiques pour tous les hôpitaux.

M. LÉON LEFORT. Je ne saurais me ranger de l'avis de M. Broca. Une statistique exacte est bien plus facile à faire par celui qui a soigné le malade que par un étranger, quelque intelligent qu'il puisse être. Il ne s'agit pas de substituer nos statistiques à celles de l'assistance publique; l'administration doit, dans cette œuvre, être secondée de tous nos efforts; continuons à lui fournir les fiches statistiques qu'elle nous demande, et faisons-les les plus exactes possibles, c'est notre devoir et notre désir à tous; mais je soutiens qu'il serait utile que chacun de nous fit, chaque année, sa statistique partielle, et toutes ces statistiques concorderont si nous suivons un cadre uniforme. Or, précisément ce que je demande, c'est que nous nous entendions tous pour discuter et accepter le même cadre, ainsi que cela a été fait récemment en Angleterre pour beaucoup d'hôpitaux. L'œuvre de la commission a des lacunes et des imperfections que nous pourrions faire disparaître en mettant nos efforts en commun, aujourd'hui que nous avons en statistique chirurgicale l'expérience qui, il y a quelques années, nous manquait à tous. Depuis quatre ans, je fais moi-même ma statistique, que je remets, à la fin de l'année, à l'administration; c'est un travail de quelques minutes chaque jour, au moment où nous signons nos cahiers de visite.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur hypertrophique des glandes sudoripares.

M. DEMARQUAY présente une tumeur du volume d'un œuf, qu'il a enlevée dans la région de l'aîne d'un homme âgé de 55 à 56 ans. Ce malade avait été adressé dans le service de M. Demarquay comme étant affecté d'une tumeur cancéreuse. La première impression avait été, en effet, que la tumeur qui était bosselée, irrégulière, exulcérée, était cancéreuse. Mais un examen plus attentif modifia le diagnostic, et il fut en effet facile de constater, après l'ablation du mal, que le produit pathologique était formé par l'hypertrophie des glandes sudoripares. C'est ce qui résulte de la note suivante, qui a été rédigée par M. Bouchard, après un examen attentif de la tumeur au microscope.

La tumeur est constituée par une substance rougeâtre un peu pulpeuse, appliquée sur la face profonde du derme, dont elle pénètre le tissu par des prolongements coniques qui s'insinuent dans ses alvéoles et qui lui adhèrent intimement. Cette masse est libre par la face qui repose sur le tissu cellulo-adipeux sous-cutané.

Son tissu est un peu friable et assez difficile à dilacerer à cause de la résistance du tissu conjonctif, qui semble le cloisonner et le diviser en lobules, à cause aussi de la fragilité de la substance propre.

Cette substance est constituée par des tubes de diamètre variable dépassant en général celui des glandes axillaires. Ils sont flexueux, entrecroisés, pelotonnés. Leur membrane, d'enveloppe anhiste, très-mince, très-transparente, est doublée extérieurement d'un tissu conjonctif peu abondant où prédominent les fibres lamineuses et les cellules fusiformes, dont les prolongements sont très-longes et très-grêles.

L'intérieur des tubes est rempli par des cellules étroitement tassées les unes sur les autres, ce qui donne à leur ensemble une disposition pavimenteuse. La masse que constituent ces cellules est d'un brun rougeâtre par transparence un peu opaque, et paraît de distance en distance, tachée d'amas de granulations graisseuses et pigmentaires. Les cellules obtenues à l'état d'isolement sont caractérisées par un noyau sphérique ou légèrement ovoïde entouré d'une masse cellulaire très-exactement appliquée sur le noyau, ce qui, au premier abord, ne permet pas de la distinguer nettement. Quelques-unes de ces cellules sont franchement polyédriques; quelques-unes enfin, plus anguleuses, émettent des prolongements assez grands qui s'insinuent entre d'autres éléments semblables.

M. VERNEUIL. Les adénomes sudoripares sont fréquents, et cela

explique les idées anciennes sur la non-reproduction et la bénignité de certaines tumeurs de la peau, dites cancéreuses. Les signes cliniques sont clairs quand la tumeur siège à la face; dans certaines régions, comme à l'aisselle, on les diagnostique d'autant plus facilement, qu'on s'attend à les trouver; mais on éprouve de grands embarras quand la tumeur siège au milieu des téguments du tronc. J'ai vu, sur le sternum, une de ces tumeurs datant de quatorze ans. Leur marche est extrêmement lente; elles sont indolentes souvent, même au toucher; la peau est intacte à une petite distance; il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire, pas de développement papillaire autour des ulcérations. Les épithéliomes siègent surtout aux environs des orifices.

Nous avons encore à faire l'histoire clinique des tumeurs sudoripares siégeant sur les membres.

Hypertrophie du cartilage d'ossification.

M. BROCA présente une pièce pathologique offrant les particularités suivantes :

Elle provient d'un jeune homme de 19 à 20 ans, atteint, depuis dix ans, d'une tumeur blanche du genou, et auquel M. Broca a fait l'amputation de la cuisse. En examinant l'articulation, après l'avoir scindée longitudinalement, on voit une petite masse blanche, cartilagineuse, située au-dessous de la surface articulaire du tibia, au voisinage du point d'insertion du tendon rotulien et ayant une direction parallèle à l'axe du tibia. Elle paraît être due à l'hypertrophie de l'une des deux lames cartilagineuses d'ossification qui séparent la diaphyse de l'épiphyse supérieure de l'os. Bien que cette lame soit le produit d'un état pathologique, sa structure est celle du cartilage normal.

M. DESPRÉS croit qu'il s'agit d'une néoplasie cartilagineuse et non d'une simple hypertrophie, néoplasie dont il a déjà vu un exemple, et qui serait due à l'inflammation.

M. BROCA ne croit pas qu'il s'agisse d'une néoplasie, puisque la lame cartilagineuse normale est une dépendance du cartilage épiphysaire normal.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, D^r LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 4 MARS 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

— Des lettres de MM. Ed. Craveilhier et Paulot, professeur agrégé au Val-de-Grâce, qui se portent candidats à la place vacante de membre titulaire.

— Les journaux de la semaine.

— Le *Bulletin de thérapeutique*; les *Archives générales de médecine*; la *Gazette médicale de Strasbourg*.

— Le *Bulletin de la Société médicale de Reims*, pour 1867.

— M. DOLBEAU dépose, de la part de M. le docteur Langlebert, un livre intitulé : *Aphorismes sur les maladies vénériennes*.

— M. LARREY remet, de la part de M. Isnard, membre correspondant, une brochure in-4° ayant pour titre : *Rapport d'une commission nommée par la Société des sciences médicales de la Moselle pour l'examen d'une question de responsabilité médicale*, etc.

M. LE PRÉSIDENT déclare vacante une place de membre titulaire.

DISCUSSION.

Statistique chirurgicale des hôpitaux.

A l'occasion du procès-verbal, M. Chassaignac revient sur la question de la *statistique chirurgicale des hôpitaux*.

M. CHASSAIGNAC. Il y a près de six années (séance du 2 juin 1862), je vins déclarer à la Société de chirurgie que, jusqu'à cette date de 1862, la statistique opératoire des hôpitaux de Paris était entachée de très-graves inexactitudes.

Jusqu'à ce jour, en effet, cette statistique n'avait eu pour bases que les pancartes des malades et les relevés mensuels de chaque service.

Or, j'avais acquis la certitude que ces bases n'étaient point exactes. Elles étaient fausses par des motifs qui, malheureusement, étaient restés inconnus jusqu'à cette époque.

C'est par la confrontation des registres officiels de l'administration avec un registre tenu jour par jour pendant huit années que j'ai été mis sur la voie de l'erreur que je signale et dont voici la source :

Chaque fois qu'une opération est pratiquée, cette opération doit être inscrite sur la pancarte du malade, et c'est cette pancarte qui, portée au bureau de l'hôpital par les soins de la religieuse de chaque salle, devient la base du relevé mensuel. Or, qu'arrive-t-il? Souvent la religieuse, préoccupée de tout autre devoir, omet de faire inscrire l'opération sur la pancarte, d'envoyer celle-ci au bureau, et chacun de ces manquements entraîne la disparition des traces de ce qui s'est passé. Quand, à la fin du mois, on présente à la signature du chef de service la liste presque toujours incomplète des opérations, il signe l'état mensuel, qui ne présente rien d'absolument faux, en ce sens qu'on y aurait mentionné des opérations imaginaires ou indiqué, au sujet des opérations faites, une issue différente de celle qui a réellement eu lieu, mais qui est tout à fait inexacte en ce sens qu'une partie des opérations pratiquées y est omise.

Et qu'on ne croie pas que ces omissions ne portent que sur des opérations de peu d'importance. J'ai constaté des lacunes ayant pour objet des amputations de cuisse, des résections considérables, des ablations de tumeurs volumineuses du col, de l'aisselle, du sein, etc.

La statistique, faite dans ces conditions, fourmillait d'inexactitudes, et elle ne méritait pas la confiance que lui avaient accordée certains chirurgiens, et entre autres Malgaigne.

Grâce aux mesures prises par l'administration, de concert avec une commission composée de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, et dont MM. Broca, Chassaignac, Depaul et Marjolin faisaient partie, de pareilles erreurs ne pourront plus avoir lieu.

M. DEPAUL. La statistique ne sera utile qu'à la condition d'être bien faite. Il existe certaines causes d'erreurs qu'il est bon de citer pour faire voir à quels singuliers résultats conduit la statistique, quand elle n'est pas entourée de toutes les conditions nécessaires.

Dans les volumes qui viennent d'être publiés par l'administration, j'ai examiné les tableaux relatifs aux accouchements pratiqués à la Maternité et à la Clinique. Eh bien! j'ai vu que, d'après ces tableaux, les femmes accouchent plus rapidement à la Maternité qu'à la Clinique. Les primipares accoucheraient après sept ou huit heures de travail à la Maternité, après douze à quinze heures seulement à la Clinique. On le voit, il existe là une grande différence. Ce qui peut l'expliquer, c'est la manière de faire les observations. Or, jusqu'à ce jour, les observations étaient mal faites à la Maternité.

A la Clinique, lorsque je n'ai pas soin de vérifier les feuilles, on fait également accoucher les primipares en sept ou huit heures. C'est que, dans ces cas, on indique comme début du travail une époque où il est

déjà à moitié accompli, c'est-à-dire le moment des grandes douleurs.

Pour que ces statistiques aient de la valeur, il faut absolument qu'elles soient faites par les médecins.

M. TRELAT. L'observation de M. Depaul est fort juste ; mais il faut bien dire que la statistique et le dénombrement d'observations ne sont pas la même chose. Le recueillement et le dénombrement des observations doivent être faits par les médecins ; quant à la statistique, on peut l'abandonner à des personnes compétentes, quoique étrangères à la médecine.

M. LEFORT. J'insiste sur la proposition que j'ai faite dans la précédente séance. Je propose formellement à la Société de chirurgie de nommer une commission chargée de dresser le cadre dans lequel on devra ranger tous nos documents statistiques.

La statistique de l'administration est faite à un autre point de vue que celle des médecins et des chirurgiens.

M. CHASSAIGNAC. Il faut bien savoir qu'il y a des statistiques que l'on peut appeler *désintéressées*, et d'autres qui ne le sont pas. Ainsi, on a rapporté des succès extraordinaires à la suite des amputations, de l'uréthrotomie, etc.

Il existe des statistiques que j'appelle *entrecoupées*. On fait connaître une série heureuse d'opérations, et on passe sous silence une série malheureuse. Ces statistiques ne valent rien.

Les seules qui doivent être acceptées sont les statistiques *intégrales*, comme celles que paraît devoir nous donner M. Koeberlé, relativement à sa pratique de l'ovariotomie.

Que valent les statistiques faites avec les faits publiés çà et là dans les journaux ? Rien, absolument rien ; car souvent on ne publie que les faits de guérison, quand il s'agit de cas exceptionnels ; aussi peut-on arriver à ce résultat extraordinaire, de constater la réussite presque constante d'opérations de la plus haute gravité. Ainsi, certaines statistiques ont fait de la résection du genou une opération moins grave que la résection du poignet ou l'amputation sus-malléolaire.

M. MARJOLIN. La Société de chirurgie ferait bien d'appuyer la proposition de M. Lefort. Il est à désirer qu'il existe au sein de la Société de chirurgie une *commission de statistique*.

Tous nos hôpitaux sont encombrés, et c'est là certes une cause d'insuccès en médecine et en chirurgie, et voilà cependant des choses que ne nous dit jamais le compte moral de l'administration de l'assistance publique.

Il faut que la vérité soit connue, que l'on publie hardiment les faits qui dénotent le mauvais état de nos hôpitaux, et il est fâcheux que

les médecins aient consenti à voir disparaître de leurs procès-verbaux les révélations qui avaient eu lieu pendant trois séances de la Société des médecins des hôpitaux, lors de la discussion sur les maternités.

M. LARRET. Je m'associe à la proposition de M. Lefort, élargie par M. Marjolin. Je demande qu'il soit nommé une commission que l'on appellerait *commission permanente de statistique chirurgicale*.

La Société prend en considération cette proposition. Prochainement, il sera procédé à la nomination de cette commission.

COMMUNICATION.

Calcul vésical enkysté recouvert par des couches nombreuses et épaisses de fibrine et de mucus coagulé, avec mélange de nombreux grains de carbonate de chaux et de cristaux d'hématéidine.

M. MARJOLIN. Le fait dont j'ai à vous entretenir m'a semblé assez rare pour m'engager à faire appel à vos souvenirs, afin de savoir si, parmi les nombreux cas de calculs urinaires que chacun de vous a pu observer, il s'en est trouvé un analogue à celui que je soumetts à votre examen.

Dans les derniers jours de février 1868, un enfant de 2 ans, portant toutes les traces de la douleur et de l'épuisement, m'était amené à la consultation de l'hôpital par sa mère, qui venait de le retirer de nourrice.

Au dire des parents, sa maladie datait de trois mois; il était très-altéré, et tout ce qu'il prenait il le vomissait; il était tourmenté par des douleurs abdominales très-vives et une grande gêne dans l'émission des urines, qui s'écoulaient d'habitude involontairement.

L'enfant était maigre, pâle, les yeux caves, dans une agitation continue, poussant des plaintes; le ventre était distendu, météorisé, très-douloureux, principalement dans le flanc droit. Au niveau de la région suspubienne, la matité était bien nette, et on sentait que la vessie était pleine, formant une tumeur bien distincte. Les parents assuraient que l'enfant avait encore uriné récemment. Questionnés pour savoir si le petit malade avait rendu des graviers, ils me répondirent qu'ils n'en savaient rien, mais que l'enfant avait eu des abcès à la vessie, et qu'il avait rendu du pus dans ses urines.

Avant de porter un diagnostic, je commençai par vider la vessie, pour connaître quelle pouvait être la cause de cette rétention d'urine; le cathétérisme s'opéra très-facilement, et de suite une grande quantité d'une urine trouble fut projetée au loin, par l'ouverture de la

sonde, et entre la sonde et l'urètre; la vessie se contractait énergiquement. Avant qu'elle fût complètement revenue sur elle-même, j'explorai avec soin sa cavité, pour savoir s'il n'existait pas de calcul ou de tumeur et, en même temps, j'introduisis mon doigt dans le rectum. Bien que mon attention fût éveillée par ces symptômes présentés par le petit malade, la sonde ne me donna d'autre sensation que celle qui aurait été le résultat du contact d'une colonne charnue saillante placée vers la partie postérieure et médiane de la vessie.

J'abandonnai donc l'idée d'un calcul, et je pensai, d'après les commémoratifs donnés par ses parents, qu'il y avait eu très-probablement une néphrite compliquée de péritonite et d'un abcès communiquant avec les voies urinaires. D'après cela, j'engageai les parents à faire admettre leur enfant en médecine.

Contre mon attente, je trouvai le lendemain le petit malade dans mon service; l'abondante évacuation d'urine de la veille l'avait un peu soulagé, mais malgré cela l'état général était tout aussi grave, et, de plus, l'enfant était épuisé par une diarrhée continue. Dès lors, vu la situation désespérée du malade, je dus me borner à faire la médecine des symptômes, cherchant autant que possible à calmer les accidents, et prenant chaque jour le soin de vider la vessie.

A plusieurs reprises, j'explorai encore avec soin la vessie, mais jamais je n'éprouvai cette sensation si caractéristique de la sonde heurtant contre un calcul. Les symptômes graves persistèrent, malgré tout ce que je leur opposais, et, sept jours après son entrée, l'enfant succomba.

Jusqu'à l'ouverture, je persistai dans mon diagnostic, et l'autopsie prouva que j'avais eu en grande partie raison; les reins, principalement le droit, présentaient toutes les altérations consécutives à une néphrite; de plus dans les bassinets on trouvait quelques petits noyaux de gravelle. Dans le voisinage du rein droit était une collection purulente, ancienne, qui très-probablement communiquait avec l'urètre de ce côté; malheureusement cette dissection, faite trop rapidement, ne permit pas de constater ce fait, l'urètre ayant été déchiré. Il y avait des traces évidentes de péritonite, sans adhérences intestinales. Quant à la vessie, elle était du volume d'une petite orange, ses parois étaient très-épaisses, près d'un demi-centimètre au moins; pas de traces de colonnes, la muqueuse était grise, parsemée de petites taches rouges comme ecchymosées. Mais le point sur lequel je désire fixer votre attention, c'est qu'elle contenait un tout petit calcul allongé, d'un centimètre environ dans son plus grand diamètre et gros comme un fort grain d'orge, entouré d'une

série de couches, molles, concentriques, superposées exactement comme les couches d'un caillot d'anévrysme. Cette masse, qui était entièrement libre, reposait sur l'ouverture de l'urèthre qu'elle fermait comme une soupape; elle était ovoïde, ayant environ 2 centimètres dans son plus grand diamètre; sa consistance était douce au toucher, un peu élastique; sa couche extérieure était lisse; on conçoit maintenant comment ce corps, qui avait la même consistance que la paroi interne de la vessie, avait pu échapper à une observation attentive, mais qui était singulièrement gênée par la gravité de l'état du malade. Quelle est la nature de ces couches d'enveloppes étrangères au calcul? est-ce du pus, de la fibrine? l'analyse nous le dira.

Pour le moment, je me borne aux conclusions suivantes : des faits que j'ai pu observer, je crois que, chez les enfants très-jeunes, toutes les fois que le calcul est très-petit, il faut tenter la lithotritie. Certainement cette dernière opération a aussi ses inconvénients, ses dangers, mais la taille a aussi les siens, et malgré les très-nombreux succès qu'elle a donnés chez les enfants, il y a peut-être encore lieu à discuter jusqu'à quel point la lithotritie doit être abandonnée dans l'enfance. Tout récemment, je l'ai pratiquée chez trois enfants, et je dois dire que les résultats que j'ai obtenus m'engagent à ne pas trop repousser systématiquement la lithotritie.

L'analyse microscopique faite par M. Périer a démontré que la substance qui enveloppait les calculs était composée par des couches nombreuses et épaisses de fibrine, et de mucus coagulé avec un mélange de nombreux grains de carbonate de chaux et de cristaux d'hématoidine.

M. GUERSANT. Je me range à l'opinion de M. Marjolin. On trouve, en effet, chez les enfants de très-petits calculs, et alors il ne faut pas pratiquer l'opération de la taille, et dans des cas de ce genre, j'ai réussi plusieurs fois, en employant de petits instruments de lithotritie.

M. GIRALDÈS. Beaucoup d'enfants viennent au monde avec des pierres, il n'est donc pas étonnant que, chez les enfants, on trouve de petits calculs. Chez les enfants nouveau-nés, les tubes de Malpighi sont farcis de matières salines (urate de soude), ainsi que l'a démontré Martin d'Éna. Presque toutes les pierres qu'on voit chez les enfants sont des pierres congénitales.

J'admets volontiers qu'il faut faire la lithotritie dans les cas analogues à celui dont M. Marjolin nous a entretenu; mais le plus souvent on n'a pas à intervenir, parce que ce n'est généralement que lorsque les pierres sont plus grosses, qu'elles donnent lieu à des acci-

dents. Alors, les pierres étant plus grosses, la question se pose ainsi : Combien de séances de lithotritie seront nécessaires ? Or il faut bien se rappeler qu'après la taille les enfants sont guéris au bout d'environ quatorze jours, tandis qu'après la lithotritie on peut observer des accidents de cystite du col, voire même de péritonite, ce qui n'arrive pas chez les adultes. D'après la statistique faite par M. Birkett à Guy's Hospital, sur 403 enfants opérés par la taille, 4 seulement ont succombé. La lithotritie, dans de pareilles circonstances, ne donne pas d'aussi beaux résultats. Il faut tenir compte du séjour assez long à l'hôpital que nécessite la lithotritie, séjour pendant lequel les enfants peuvent prendre des affections intercurrentes.

M. MARJOLIN. Je crois qu'un certain nombre d'enfants, qui n'ont que de très-petits calculs, souffrent assez pour éveiller la sollicitude du chirurgien. J'ai vu deux enfants qui présentaient les symptômes d'une pierre volumineuse, et cependant leur pierre était très-petite.

La taille peut donner lieu à des hémorrhagies, à des fistules urinaires consécutives et aussi à la péritonite ; aussi, je pense qu'il y a lieu de rechercher si, avec des instruments à lithotritie bien faits et appropriés au volume des organes, on n'arriverait pas à de meilleurs résultats.

Comme M. Giraldès, je tiens compte de la nécessité du séjour à l'hôpital ; mais, dans beaucoup de cas, les séances de lithotritie n'ont pas besoin d'être multipliées, et assez souvent entre les séances on peut permettre au patient de retourner chez ses parents.

M. GUERSANT. J'insiste sur la nécessité et la possibilité de faire la lithotritie chez les enfants qui ont de très-petites pierres et qui sont très-jeunes, chez les enfants de 1 et 2 ans. Plus tard, vers l'âge de 4 ans, si la pierre est volumineuse, je préfère avoir recours à la taille.

La taille est facile à exécuter chez un enfant de 3 ou 4 ans, mais il n'en est pas de même à l'âge de 6 mois, 1 an, etc.

Chez tous les jeunes enfants, les calculs sortent quelquefois spontanément, aussi je ne commence pas le broiement dès les premiers jours, je passe d'abord une petite bougie pour dilater le canal.

M. GIRALDÈS. Si l'on prend pour type un enfant bien portant, je soutiens que la lithotritie est plus grave que la taille.

Si le calcul est volumineux, s'il a, par exemple, 3 centimètres, on ne peut pas employer des instruments à cuiller assez grands pour le briser.

Chez les enfants, la vessie est, pour ainsi dire, un organe péritonéal. La péritonite peut, il est vrai, être observée après la taille, mais bien moins souvent qu'après la lithotritie.

J'ai opéré trente-neuf enfants (jusqu'à l'âge de 15 ans) de la taille, et je n'ai pas observé un seul cas de fistule.

M. CHASSAIGNAC. Dans le cas rapporté par M. Marjolin, l'exploration avait bien fait reconnaître l'existence d'un corps étranger, mais non d'un corps dur. En pareille occurrence, peut-être un percuteur très-fin aurait-il pu rendre service.

Je sais que l'on peut rencontrer de grandes difficultés pour établir un diagnostic précis. Chez un malade que j'avais sondé, j'avais constaté la présence d'un calcul, et l'opération avait été décidée. Au moment de commencer l'opération, je pratique un nouvel examen et ne trouve plus de calcul, mais seulement un corps mou. Après avoir hésité un instant, je pratiquai l'opération, et je trouvai le calcul recouvert d'une couche de sang coagulée et très-ferme.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. LE FORT présente un malade qui est atteint de *grenouillette sanguine*. La tuméfaction ne s'est montrée que depuis vingt-quatre heures; c'est là un cas de véritable épanchement sanguin dans l'épaisseur de la glande sublinguale.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, D^r LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 11 MARS 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

- Les journaux de la semaine.
- Le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*.
- Le *Journal de Médecine de l'Ouest*.
- La *Revue médicale de Toulouse*.
- Le *Montpellier médical*.
- Le *Sud médical*.
- Du *Bégayement*, considéré comme vice de prononciation, par

M. Chervin aîné. Cette brochure est accompagnée du rapport fait à la Société d'éducation de Lyon par MM. les docteurs Desgranges, Fonteret et Passot.

LECTURE.

M. PAULET, professeur agrégé au Val-de-Grâce, candidat au titre de membre titulaire, lit un travail intitulé : *Études sur les suites immédiates ou éloignées des lésions traumatiques des nerfs.*

(Commissaires, MM. Verneuil, Guyon, Tillaux.)

NOMINATION DE COMMISSION.

L'ordre du jour appelle la nomination de la *Commission permanente de statistique chirurgicale.*

Sont nommés : MM. Lefort, Larrey, Trélat, Broca, Tarnier.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Calcul du canal de l'urèthre.

M. LIÉGEOIS présente un calcul de l'urèthre qui lui a été remis par **M. Bouché**, médecin à Spincourt (Lorraine).

Le calcul que je désire présenter à la société est un calcul exceptionnel, sous certains rapports du moins. Je le dois à l'obligeance d'un confrère de province, **M. Bouché**, de Spincourt (Meuse), qui en me le donnant me remit l'observation suivante : « Dans le courant de juillet 1857, me trouvant dans un village voisin de ma localité, je fus prié d'aller voir un vieillard de 72 ans, qui souffrait à la verge depuis très-longtemps et éprouvait, depuis quelques jours seulement, des douleurs excessives. Arrivé près du malade, je trouvai à la partie inférieure du pénis, derrière le scrotum, une vaste ouverture, donnant issue à de l'urine et à du sang. Palpant la verge, je reconnus l'existence d'un corps dur, qui s'échappa spontanément par la fistule. Je ne fus pas étonné de voir tomber dans ma main un calcul, mais je fus surpris de constater une facette lisse et régulière sur un de ses côtés. J'avais tout lieu de croire, dès lors, que ce corps n'était qu'un fragment faisant suite à un autre, et, en effet, une pince à pansement introduite dans le trajet, me fit constater la présence d'un autre corps dur, que je saisis facilement et attirai au dehors sans grande difficulté.

« Cette pierre possédait elle-même deux facettes, indice qu'il en restait au moins une troisième. Je ne tardai pas à sentir celle-ci dans une exploration nouvelle, mais je ne pus l'extraire. Je fis prendre au malade un grand bain de trois quarts d'heure, et, après quelque ef-

fort, je pus extraire un troisième fragment, plus volumineux à lui seul que les deux autres. Comme celui-ci ne possédait qu'une facette, je crus inutile de faire d'autres tentatives, et mon malade fut immédiatement soulagé. Le poids total de ces trois fragments, pesés aussitôt après leur extraction, était de 94 grammes.

« J'interrogeai alors le malade sur ses antécédents, et j'appris que, depuis quarante années au moins, il avait toujours souffert à la racine de la verge, qu'il n'avait jamais consulté aucun médecin, vu que ses souffrances étaient supportables et ne l'empêchaient pas d'exercer son métier de cultivateur. L'orifice de la plaie était saignant avant l'extraction des calculs et environné de fongosités; depuis 15 ans, elle donnait issue à de l'urine. La portion inférieure de l'abdomen, correspondant à la région vésicale, présentait six pertuis extrêmement fins, pouvant admettre tout au plus un stylet de Méjan, donnant passage à une très-petite quantité d'urine, et présentant à leurs orifices des fongosités égalant le volume d'un pois.

« Après l'opération, le soulagement persista, mais les trajets fistuleux ne subirent aucun changement. Mon malade succomba l'hiver suivant, autant d'épuisement que de misère. »

Comme première particularité, nous constatons la présence d'un calcul siégeant dans la partie initiale de l'urèthre et y ayant résidé depuis peut-être une quarantaine d'années, si l'on a égard, du moins, à l'origine des douleurs que ce malade éprouvait. Ce cas, sous ce dernier rapport, n'est point unique dans la science. Ainsi, Camper a rapporté l'observation d'un vieillard, âgé de 54 ans, et qui avait été sondé pour la pierre alors qu'il était enfant; la pierre qui fut extraite du canal de l'urèthre pesait 160 grammes. Lorey d'Étiolles père a enlevé de l'urèthre un calcul qui y séjournait depuis 37 ans. Enfin, M. Ollier a fait la même opération pour une pierre qui s'était déposée dans le canal il y avait 34 ans.

Comme seconde particularité, nous voyons que le fragment le plus volumineux, le dernier enlevé, celui qui, par conséquent était le plus proche de la vessie, est creusé dans toute son étendue d'un canal complet, s'ouvrant aux deux extrémités de ce fragment par deux orifices, très-régulièrement configurés, si ce n'est l'orifice postérieur qui est surmonté d'une saillie conique en forme de luette. Ce canal est remarquable par son aspect lisse, aspect qui contraste avec l'aspect chagriné de la périphérie; il semblerait que ses parois ont été, pour ainsi dire, limées. C'est surtout la présence de ce canal, creusé dans l'intérieur de la pierre, qui constitue un cas exceptionnel. Les sillons, les rigoles, les gouttières, sont extrêmement fréquentes, mais un tel

canal n'a peut-être jamais été rencontré. Dans les nombreuses recherches que j'ai faites à ce sujet, je n'ai trouvé que Chopart et Boyer qui parlissent de cette disposition comme étant possible, sans rapporter d'observations à l'appui de leur supposition.

Ce calcul présente, comme troisième particularité, une division en trois fragments irréguliers, mais s'adaptant exactement l'un à l'autre, et d'une façon tellement étroite que la séparation de ces diverses pièces n'est indiquée à l'extérieur que par des sillons parfaitement rectilignes. Ces trois pierres n'ont pas également le même volume, ni la même forme, ni le même poids; le volume du calcul entier est celui d'un œuf environ; sa forme est aussi celle d'un ovoïde, seulement il est légèrement aplati à sa face supérieure; son poids total est aujourd'hui de 82 grammes; il pesait 94 grammes après l'extraction. La dessiccation, par conséquent, lui a fait perdre 12 grammes.

Le fragment postérieur arrondi en arrière, représentant la grosse extrémité de l'œuf, possède en avant trois facettes, une concave, placée inférieurement, et deux planes, situées au-dessus de cette dernière. Ces dernières s'arrêtent au-dessous de l'extrémité antérieure du canal intra-calculaire. Le poids de ce fragment postérieur est de 45 grammes.

Le fragment moyen présente deux facettes réunies à angle aigu; de ces deux facettes, l'une est concave et s'adapte exactement sur la facette convexe du fragment postérieur, l'autre est concave, transversalement convexe en sens inverse. Sa forme générale est celle d'un croissant, son poids est de 12 grammes.

Le fragment antérieur présente une facette postérieure, alternativement concave et convexe comme la facette antérieure du fragment moyen, mais disposée inversement, de telle sorte que cette disposition représente celle que l'on rencontre dans les articulations par emboîtement réciproque. Au-dessus de cette facette, qui comprend presque toute l'épaisseur du fragment, on voit deux autres facettes plus petites, planes, qui s'adaptent exactement à celles que nous avons rencontrées au-dessus de la cavité du fragment postérieur. Enfin, l'extrémité antérieure de ce fragment est pointue et sillonnée supérieurement par trois gouttières, qui aboutissent à la partie antérieure du canal intra-calculaire.

Ces gouttières sont lisses, comme le canal lui-même; elles représentent sans aucun doute le trajet que suivait l'urine pour gagner la fistule périnéale. Le poids total de ce fragment était de 25 grammes. Il résulte donc de la disparition de ces fragments l'un par rapport à l'autre, que le médian, c'est-à-dire le plus petit, est placé comme une

sorte de coin entre les deux autres, et est recouvert par ceux-ci au niveau de son bord supérieur ; cette disposition, du reste, est indiquée à l'extérieur par la présence de deux sillons, occupant la face inférieure du calcul, et se réunissant sur les côtes à 4 ou 5 millimètres au-dessous du niveau de la face supérieure.

Quant à la dureté du calcul, tout est que l'on peut dire, c'est que les fragments résonnent à la façon des fragments de silex quand on les frappe l'un contre l'autre ; quant à la couleur, chaque fragment est d'un blanc grisâtre à l'extérieur, et légèrement jaunâtre vers le centre, sans qu'on puisse distinguer nettement un noyau central. On ne distingue non plus au niveau des facettes aucune striation. Enfin, tandis que la surface extérieure est rugueuse et chagrinée dans presque toute son étendue, les facettes possèdent un aspect lisse remarquable, qui leur donne un éclat brillant.

Les exemples de calculs fragmentés à la façon de celui que je présente ici ne paraissent pas être d'une rareté extrême. M. Leroy d'Étiolles fils, dans son traité pratique de la gravelle et des calculs urinaires, en rapporte deux observations empruntées à son père. L'un de ces calculs a été soumis à l'examen de la Société de chirurgie, je n'en parle pas. L'autre est celui dont j'ai déjà parlé. Il était constitué par trois fragments juxtaposés ; les surfaces par lesquelles ceux-ci se touchaient étaient polies, de couleur gris-brun. Leur surface extérieure était fortement chagrinée. Une gouttière, large et profonde, existait sur l'une des faces. Ce calcul était un calcul logé dans les parties profondes de l'urèthre. On voit par ce peu de mots que ces fragments ressemblaient dans leurs caractères généraux à ceux que nous constatons ici. Mais l'exemple le plus curieux, sans contredit, de ces sortes de calculs fragmentés siégeant dans le canal urétral, est celui qui est rapporté par M. Voillemier, dans son traité, récemment paru, des maladies des voies urinaires. Dans cette observation, empruntée au professeur Laudzert (de Saint-Petersbourg), il s'agit d'un calcul composé de six pièces, et extrait du canal de l'urèthre, dans la partie comprise entre le méat urinaire et la portion membraneuse, chez un sujet atteint de gravelle depuis l'âge de 21 ans. Ces six calculs pesaient ensemble, immédiatement après leur extraction, deux onces et six drachmes, c'est-à-dire environ 72,98. Le dessin reproduit dans l'ouvrage de M. Voillemier montre que ces calculs ont une forme très-irrégulière, à l'exception de l'un d'eux, qui est parfaitement hémisphérique, représente une véritable bille et est placé entre le premier fragment conique et le second ayant la forme d'un ménisque biconvexe ; ces six calculs paraissent s'adapter exactement

l'un à l'autre par des facettes concaves d'un côté, convexes de l'autre.

Ici se présente une question difficile à résoudre : Quel est le mode d'origine de ces calculs à fragments multiples. Les fragments résultent-ils de fractures qui se sont effectuées spontanément au sein d'un calcul primitivement unique, ou bien ces fragments sont-ils arrivés dans le canal de l'urèthre isolément l'un de l'autre, après quoi ils se seraient, par le frottement auquel ils auraient été soumis, adapté l'un à l'autre par des facettes lisses et régulières. Tout d'abord je m'étais rangé à la première manière de voir, mais mon opinion s'est modifiée à la suite des recherches bibliographiques que j'ai faites, et à la suite de mes perquisitions dans les deux plus belles collections de calculs urinaires qui existent à Paris ; j'ai surtout mis à contribution dans mes recherches un mémoire des plus remarquables fait par Bruno Schmidt, sur les fractures spontanées, et dont je dois la connaissance à M. Verneuil. Dans ce mémoire, l'auteur a recueilli la plupart des faits relatés sur ce sujet. Ces faits appartiennent surtout à Ch. Textor, H. Meckel, Heller, Vulker, Thuden, Cruveilhier, Civiale, etc. Or, dans tous ces faits, on ne rencontre rien qui ressemble à l'observation que je viens de présenter ; tous les calculs dont il est question présentent des caractères analogues à ceux dont nous allons parler. Ni dans la belle collection de M. Cloquet, déposée au musée Dupuytren, ni dans la collection non moins remarquable de Civiale, on ne trouve non plus parmi les fractures sur lesquelles est placée l'étiquette de fractures spontanées, de particularités semblables à celles que nous avons indiquées dans notre observation. dans celle de Leroy d'Étiolles et dans celle de M. Voillemier. De ces divers examens il résulte pour moi que les calculs qui se fragmentent spontanément ou, pour être plus exact dans l'expression, les calculs au sein desquels s'effectuent des fragmentations en dehors de toute introduction d'instruments dans les voies urinaires, se présentent sous deux aspects. Les uns, sans être mous, sont d'une friabilité extrême, et s'écrasent sous le doigt avec la plus grande facilité. Je présente ici un spécimen de ces calculs qui appartient à M. Verneuil : il se compose d'un nombre considérable de petits fragments du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois, et de plus d'une dizaine de fragments plus volumineux, extrêmement irréguliers dans leur forme, ressemblant ici à des fragments de coquilles, là à des portions de sphères ou d'ellipsoïdes, ailleurs se rattachant à des formes cubiques, polyédriques, etc. Ces derniers fragments ont un aspect jaune-brûlé, ne présentent aucune trace de striation, et tous sont suscep-

tibles de se réduire en une poudre très-fine quand on les comprime avec une force même assez faible sous le doigt. Je regrette que M. Verneuil ne soit point aujourd'hui parmi nous; il aurait pu nous donner des détails précis sur l'origine de ce calcul.

La seconde catégorie de ces fractures spontanées comprend des calculs d'une dureté remarquable. Je demande la permission de lire une note écrite de ma main, après une visite faite à M. Civiale, peu de temps avant sa mort. Dans cette magnifique collection se trouvent 19 cas de fractures spontanées. Les fragments appartenant à chacun de ces cas sont en nombre extrêmement varié, depuis deux jusqu'à plusieurs centaines. Sur quelques calculs volumineux seulement, et dont les fragments sont peu nombreux, on reconnaît facilement que ces fragments doivent s'adapter exactement sur une perte de substance que présente le plus gros. Tous ces calculs étaient fixés sur de petits morceaux de liège, ce qui ne me permit pas de chercher à les adapter. Les caractères principaux de ces fragments sont les suivants: tous ont une couleur jaune ou jaune-brun; quelques-uns ressemblent à des coquilles d'œufs, d'autres ont des formes polygonales de toutes sortes; la plupart sont rugueux au niveau de la fracture, lisses sur la surface qui correspondait à la surface extérieure du calcul primitif. Quelques-uns de ces fragments sont encore en rapport avec un noyau nettement délimité, deux entr'autres se présentent avec un noyau sphérique qui surmonte une masse conique, ce qui leur donne la forme des anciens bonnets d'abbé. Sur les surfaces des fragments on peut voir, dans presque toutes, une disposition lamelleuse franchement accusée, quelques-uns possèdent des stries qui vont de la surface au centre.

Pour M. Civiale (communication orale), tous ces calculs sont d'acide urique; cette composition serait même, en quelque sorte, une condition de la formation de la fracture; la disposition lamelleuse et radiée devrait être aussi prise en très-grande considération. Les calculs que l'on trouve dans la collection du musée Dupuytren, ceux dont les observations sont rapportées dans le mémoire de Bruno Schmidt, présentent les particularités que je viens de signaler et me paraissent confirmer l'opinion de Civiale.

Si nous comparons maintenant ces caractères avec ceux que présente notre calcul, nous ne trouvons aucune ressemblance. Dans notre calcul, on ne trouve point de noyau évident, la masse centrale est en réalité légèrement jaunâtre, mais elle est mêlée çà et là de taches blanc-jaunâtre analogues, quant à la couleur, aux parties les plus superficielles. L'examen des facettes de chaque fragment ne nous

permet point de constater ni la disposition lamelleuse ni la disposition radiée.

Pour admettre, par conséquent, que ces fragments soient le résultat de fissurations spontanées, il faudrait admettre que les calculs du canal de l'urètre se divisent spontanément, dans d'autres conditions de structure, que les calculs de la vessie.

C'est là, la raison principale qui me fait croire que ces calculs ont été projetés isolément dans le canal à un certain moment, qu'ils s'y sont arrêtés, qu'ils se sont placés les uns au bout des autres, que leurs facettes se sont adaptées, avec le temps et les frottements, exactement l'une à l'autre, qu'enfin ils ont grossi insensiblement par l'addition de couches nouvelles. C'est là, du reste, l'opinion de Civiale, de M. Mercier, de M. Leroy d'Étiolles fils, et d'un certain nombre de mes collègues à qui j'ai montré ce calcul.

Je dois dire cependant que je me trouve en désaccord avec plusieurs des membres de cette société, et en particulier avec M. Voillemier. M. Voillemier, dans son traité, admet, à propos du calcul de M. Laudzert, que ces fragments multiples trouvés dans le canal de l'urètre et configurés de manière à s'articuler exactement entre eux, proviennent d'une fragmentation spontanée. Les raisons sur lesquelles il s'appuie sont les suivantes :

« Lorsqu'on scie ces calculs, on ne trouve ordinairement de noyau que dans l'un d'eux, ce qui fait pressentir que les autres calculs sont de formation secondaire. De plus le petit calcul, arrêté dans le canal, tend chaque jour à augmenter de longueur par l'addition de nouvelles couches calcaires. Or, au bout d'un certain temps, il finit par former une tige rigide assez longue, trop peu solide pour résister aux mouvements imprimés à la verge, et c'est alors qu'il se rompt. On doit d'autant moins répugner à admettre ce mécanisme, que lui seul rend compte de la manière dont ces différents calculs sont ajustés. Tantôt ils se touchent par des surfaces légèrement ondulées, tantôt l'un d'eux présente un cône creux qu'un autre calcul taillé en cône plein remplit exactement. Dans le cas de M. Laudzert, on voit un calcul rond comme une bille enserré dans deux cavités, dont sont creusés les deux calculs entre lesquels il est placé. Ces espèces d'articulations, si bizarres au premier aspect, s'expliquent très-bien quand on se rappelle la disposition des couches calcaires ajoutées au calcul primitif, et les lignes semi-elliptiques indiquent la succession des dépôts; car c'est dans la direction de ces lignes et dans les interstices de ces couches qu'a lieu la rupture de la masse calculeuse. »

Comme dans notre observation ces lignes concentriques n'existent

nulle part, comme on ne peut constater la présence d'un noyau bien évident, il en résulte que nous ne pouvons nous ranger à l'opinion de M. Voillemier. Il est vrai que nous n'avons pas fait de coupes dans le calcul : nous ne pouvons pas, par conséquent, affirmer d'une façon absolue que la striation n'existe pas. J'ai cru devoir m'abstenir de cette mutilation d'un calcul aussi important que celui que je présente à la Société; la rareté de pareils dépôts me fait en quelque sorte un devoir de le conserver intact. J'apprends du reste à l'instant, par M. Guyon, que la collection de Civiale a été léguée à l'hôpital Necker. C'est pour moi un plaisir de l'offrir à notre collègue, alors chargé du service des maladies urinaires; un jour peut-être servira-t-il à élucider cette question de la fragmentation des calculs, encore pendant aujourd'hui et attendant de nouvelles recherches.

M. TRÉLAT. Je ne partage pas l'opinion de M. Liégeois. Il y a des calculs biliaires et même vésicaux qui croissent simultanément; ces calculs présentent la forme d'un polyèdre à plusieurs côtés. Dans le cas qui est soumis à notre examen, on se demande en vertu de quel phénomène extraordinaire les calculs auraient pris la forme bizarre qu'ils présentent. Ce sont là, bien évidemment, les fragments d'un calcul, qui se sont usés par le frottement, pendant un temps très-long.

PRÉSENTATION D'APPAREIL.

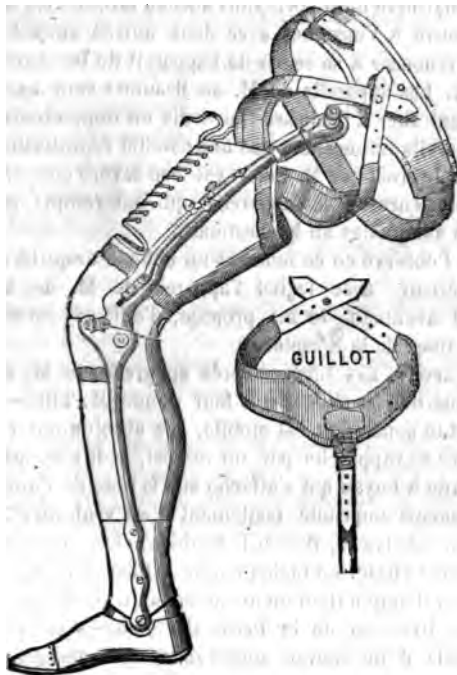
M. LÉON LEFORT présente, au nom de M. Guillot, fabricant d'appareils chirurgicaux, une jambe artificielle qui présente les particularités et les avantages suivants :

La ceinture qui soutient le membre est munie d'une plaque et porte une articulation mobile dans tous les sens et reproduisant les mouvements de l'articulation coxo-fémorale à laquelle elle correspond.

Au niveau du genou, un verrou mobile d'une disposition particulière permet d'immobiliser la jambe dans la rectitude, de lui donner la flexion complète, ou de lui laisser une légère mobilité qui facilite beaucoup la marche et la rend moins disgracieuse, sans lui rien faire perdre de sa solidité.

La partie la plus importante de l'appareil est le mode de point d'appui ischiatique. La plaque courbe sur laquelle repose l'ischion, et qui est, sur ce dessin, reproduite à part, jouit, au moyen d'une triple articulation, des mouvements de flexion, quels qu'ils soient, et du mouvement de rotation; cette plaque est fermement appliquée sur l'ischion, et reste constamment en rapport avec lui, quelle que soit la position du membre.

Ce qui m'a engagé à vous présenter cet appareil prothétique, c'est qu'il réalise, suivant moi, un progrès réel sur les appareils analogues. Dans les jambes artificielles employées dans les cas d'amputation de la cuisse, ou de la jambe au dessus des malléoles, le point d'appui est pris sur l'ischion, mais l'ischion repose sur le rebord même du cône qui embolte la cuisse. Le point d'appui ischiatique se meut donc avec



le membre lui-même, de là des frottements durs qui amènent des excoriations; dans celui-ci, au contraire, par une disposition empruntée à mon appareil pour la coxalgie, aucun frottement n'a lieu sur la peau, puisque le point d'appui est devenu fixe sur le bassin, et mobile sur le reste de l'appareil. Nous avons vu, dans ces derniers temps, se produire avec grand bruit un détestable appareil patronné par les administrations, la jambe artificielle de M. le comte de Beaufort. Dans celui-ci, la difficulté est supprimée; il n'y a pas de point d'appui ischiatique: c'est la pression latérale de la jambière et du caissard sur les parties molles qui soutient le poids du corps; de là

une tension considérable de la peau ou des téguments vers le moignon. Lorsque j'ai pris possession de mon service à l'hôpital Cochin, j'y ai trouvé un malade amputé par M. Dolbeau au-dessus des malléoles. Il lui avait été délivré un appareil de Beaufort, avec lequel l'opéré alla à Vincennes. Là, il dut renoncer à s'en servir, bien que le moignon fût parfait sous tous les rapports. M. Dolbeau avait obtenu pour lui une jambe à charnière qu'il porte sans aucune fatigue. Ce malade nous a dit s'être trouvé à Vincennes avec deux autres amputés qui, eux aussi, ont dû renoncer à se servir de l'appareil de Beaufort.

M. TILLAUX. Les appareils de M. de Beaufort sont excellents. Les malades peuvent aller à la chasse, faire dix ou douze lieues. Assurément, ces appareils ne méritent pas une pareille réprobation.

M. LARREY. Je crois que M. Lefort est trop sévère pour M. de Beaufort. J'ai vu plusieurs de ces appareils, qui ont rempli parfaitement les indications auxquelles on les destinait.

M. GUYON. J'observe en ce moment un malade amputé de la jambe au tiers supérieur, chez lequel l'appareil de M. de Beaufort est employé avec avantage. Je me propose, d'ailleurs, de soumettre ce malade à l'examen de la Société.

M. LÉON LEFORT. Les tant célébrés appareils de M. de Beaufort sont loin de mériter les éloges que leur donne M. Tillaux. Son bras artificiel, dont le pouce seul est mobile, n'a absolument rien de nouveau. Ce pouce se rapproche par un ressort, et il s'étend par la tension d'une corde à boyau qui s'attache sur le bras de l'autre côté. Or, c'est là un principe emprunté, tacitement il est vrai, aux appareils de Van Petersen, Charrière, Béchard, Mathieu, etc., principe appliqué déjà au seizième siècle! Le malade tant exhibé à l'Exposition, bien qu'il n'eût subi d'amputation qu'au-dessous du coude, n'a pas même pu tenir une livraison de la *Revue des Deux-Mondes*. L'appareil coûte peu, mais il ne saurait guère servir qu'à des gens de service dans les bureaux d'administration. Quant à la jambe artificielle, elle peut servir, à la rigueur, pour l'amputation au lieu d'élection, elle est inapplicable dans presque tous les autres cas et ne présente, pour les malades, qu'une sécurité médiocre.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire, Dr LÉON LARREY.

SEANCE DU 18 MARS 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

- Les journaux de la semaine.
- Le *Bulletin de thérapeutique*.
- La *Gazette médicale de Strasbourg*.
- Le *Sud médical* (de Marseille).
- *Annual report of the surgeon general United States army, 1867.* — Br. in-8°.
- *Terebrazione del crano in un epilettico*, par le professeur Rizzoli. Bologne, 1868. — Br. in-4°.
- *Des Chancres phagédéniques du rectum*, extrait des Archives générales de médecine par M. Després, membre titulaire.

M. Guyon présente, au nom de M. Letenneur (de Nantes), une observation intitulée : *Odontôme radiculaire cémentaire*. Cette observation avait déjà été envoyée à la Société sous le titre d'*exostose éburnée*; mais elle n'avait pas été publiée.

Odontôme radiculaire cémentaire.

La femme V..., âgée de 34 ans, demeurant à la Chapelle-sur-Erdre (Loire-Inférieure), est entrée à l'Hôtel-Dieu de Nantes le 3 février 1858, pour une tumeur de la mâchoire inférieure.

Cette femme nous raconte que, vers l'âge de huit ans, elle éprouva des douleurs au côté gauche de la mâchoire; l'avulsion d'une grosse molaire malade ne produisit qu'un soulagement incomplet. Dès cette époque, le côté gauche de la mâchoire était plus volumineux que le côté droit, et cette tuméfaction n'a pas diminué après l'extraction de la dent.

Les souvenirs de la malade paraissent très-précis sur tous ces points.

Les choses restèrent dans le même état pendant seize années, et, sauf le gonflement de la mâchoire et quelques petites douleurs qui

n'attiraient que faiblement l'attention de la malade, tout semblait rentré dans l'ordre.

Après cette période de seize ans, survinrent de nouvelles et assez vives douleurs; on employa des cataplasmes émollients et on eut recours à l'application de quelques sangsues.

Les douleurs aiguës se calmèrent de nouveau; les choses reprirent leur allure habituelle, et la tumeur n'augmenta pas sensiblement.

Dans les derniers mois de 1857, c'est-à-dire vingt-six ans après l'apparition des premières douleurs, les accidents devinrent plus sérieux : on les attribua à une dent cariée; la malade se la fit enlever, mais sans succès contre la douleur qui, au contraire, augmenta beaucoup. Le gonflement devint énorme, et plusieurs abcès s'ouvrirent successivement dans la bouche et restèrent fistuleux.

Pendant cinq mois, aucun événement nouveau ne survint; mais la malade était toujours incommodée par le pus qui coulait dans la bouche et par le volume de la mâchoire.

Vers cette époque, un médocaste de campagne conseilla l'application d'un emplâtre qu'on laissa en place pendant quinze jours; pendant ce temps, les douleurs furent intolérables, et quand on découvrit la région malade, on reconnut qu'une plaie profonde s'était produite et atteignait la surface osseuse.

A partir de ce moment, le pus s'écoula au dehors, mais la tumeur osseuse augmenta de volume, surtout à l'intérieur de la bouche. C'est alors que la femme V... vint réclamer mes conseils.

Je constatai un gonflement considérable du maxillaire inférieur dont les deux lames semblaient écartées l'une de l'autre. La tumeur n'était donc pas circonscrite, et ses limites ne pouvaient être précisées.

Un stylet introduit dans la fistule pénétrait au milieu de la tumeur à travers un pertuis de la paroi externe; on rencontrait un séquestre mobile, rugueux, offrant à la percussion et à la pression les caractères d'une masse très-compacte.

L'opération fut pratiquée de la manière suivante :

Incision divisant la lèvre inférieure sur la ligne médiane, puis suivant ensuite le bord de la mâchoire jusqu'au près du masséter.

Le lambeau fut détaché dans les points malades au moyen de la spatule, ce qui mit immédiatement à nu toute la coque osseuse. Au moyen de pinces incisives, de la gouge et du maillet, j'enlevai toute la paroi externe et je pus extraire une masse osseuse à laquelle adhérait une petite molaire. Cette masse osseuse ressemblait assez bien à un calcul mûral.

La paroi interne du kyste osseux fut excisée de la même manière que la paroi externe, et le lambeau fut remis en place et maintenu au moyen de la suture entortillée, pour la plaie verticale, et de fils métalliques, pour la plaie horizontale.

La réunion immédiate eut lieu, et la malade quitta l'hôpital au bout de quinze jours, conservant encore à la partie inférieure de la joue l'orifice de son ancienne fistule, qui laissait écouler un peu de salive.

Je recommandai à la malade de venir me revoir, mais elle fit attendre cette visite six ans. Elle avait eu la constance de garder pendant tout ce temps une fistule par laquelle la salive s'écoulait abondamment, inconvenient auquel elle obviait par un petit tampon de charpie.

Cette fistule était formée par les parties molles de la joue et par un pont osseux, une sorte d'anse implantée sur le maxillaire et logée dans l'épaisseur de la joue. La peau et la muqueuse buccale se rejoignaient sous cette arcade. Je décidai cette femme à se débarrasser de son infirmité : la fistule fut comprise entre deux incisions ; l'arcade osseuse, mise à découvert, fut détachée par deux traits de scie et la suture entortillée réunit les parties molles ; la guérison fut obtenue promptement, et les traces de la double opération sont à peine appréciables.

Examen de la pièce.

La tumeur, assez irrégulière à sa surface et ressemblant assez bien, comme je l'ai dit, à un calcul mûral, présente, dans son plus grand diamètre, en y comprenant la racine de la dent, 3 centimètres et demi ; les autres diamètres sont de 2 centimètres et demi.

La dent adhérente à la tumeur est la première petite molaire parfaitement conformed ; l'adhérence a lieu par un seul côté de la racine et par l'extrémité de cette racine, qui se recourbe comme pour se fondre dans le tissu anormal. Cependant la blancheur de la racine contraste avec la couleur grisâtre de la tumeur.

La couronne de la dent est libre et n'a subi aucune altération. Une coupe au moyen de la scie démontre qu'il s'agit d'une tumeur éburnée d'une extrême dureté ; l'examen d'une lamelle au microscope a révélé une structure osseuse. On y voit quelques ostéoplastes. Cette exostose, qui n'est qu'un épanouissement du ciment, a débuté au moment de la seconde dentition, à l'âge de 7 ou 8 ans ; elle ne s'est nécrosée que vingt-six ans après l'époque de l'apparition des premiers abcès.

Il est difficile de comprendre que la vie puisse persister dans une masse aussi compacte et dont les éléments sont condensés à ce point.

Boyer semble faire allusion à des faits analogues lorsqu'il dit (*Malad. chirurg.*, t. III, p. 484, édit. de Ph. Boyer) : « Une des terminaisons de l'exostose, dont les auteurs n'ont point parlé et qui a cependant été observée surtout dans l'exostose dure et stalactiforme, c'est celle par nécrose. »

Sous le titre de *Nécrose de la mâchoire inférieure*, Desault (*Oeuvres chirurg.*, t. II) a publié un des faits auxquels Boyer fait peut-être allusion, car il s'agit d'un séquestre qui avait le volume d'une très-grosse noix.

Depuis que les travaux de MM. A. Forget, Robin et Broca ont jeté une si grande lumière sur la nature et l'origine des tumeurs qui se rattachent à l'évolution dentaire, les faits ne manqueront pas de se produire en grand nombre, et ce chapitre de la science ne laissera bientôt plus rien à désirer.

Après avoir fourni déjà une observation et une pièce anatomique qui ont été pour M. A. Forget l'occasion de savantes et intéressantes recherches (*Étude histologique d'une tumeur fibreuse non décrite de la mâchoire inférieure*, etc., avec planche; mémoire lu à la Société de chirurgie de Paris, 1861), je suis heureux d'apporter un nouveau tribut à l'histoire des odontômes.

M. BROCA. M. Guyon a bien voulu mettre à ma disposition la pièce qui lui a été envoyée par M. Letenneur, et sans l'endommager j'ai fait faire une préparation microscopique (coupe très-fine) par M. Bourgoigne. Cette pièce ne renferme que du ciment. Cependant la partie centrale paraît ressembler à de l'ivoire; mais en y regardant de près, on voit qu'il n'y a que des corpuscules osseux. C'est bien là un exemple d'odontôme cémentaire. Chez l'homme, ces tumeurs ne peuvent avoir leur point de départ qu'au niveau des racines des dents, et dans le cas dont il s'agit, la tumeur a pris naissance sur une racine de la dent.

En général, les odontômes ont une forme arrondie, mamelonnée, mais chacun des petits mamelons est régulier; ici, ces saillies, au contraire, sont rugueuses. Cette disposition s'explique par la longueur du temps pendant lequel la tumeur a été en contact avec des tissus en suppuration (depuis l'âge de 8 ans jusqu'à l'âge de 34 ans).

Statistique hospitalière.

M. BROCA. Deux personnes ont essayé de répondre aux vœux de la Société, qui désirerait poursuivre dans les asiles de convalescence la statistique commencée dans nos services des hôpitaux. Quoiqu'il

n'existe pas de statistique officielle dans les asiles, depuis longues années déjà, ainsi qu'il me l'a fait savoir, M. le docteur Dumesnil, de concert avec Laborie, recueillait tous les documents propres à en fournir les bases les plus solides.

Je n'ai pas lieu de croire que, jusqu'à ce jour, des relevés semblables aient été faits à l'asile du Vésinet.

De son côté, M. Husson a bien voulu m'écrire une lettre dont je vais vous communiquer la teneur.

M. Husson est allé voir M. de Bosredon, secrétaire général du Ministère de l'Intérieur, et il a demandé que l'on voulût bien mettre l'administration de l'Assistance publique en mesure de recueillir des renseignements sur les malades qui sont sortis des hôpitaux pour se rendre dans les asiles de convalescence.

On pourra désormais annexer à la statistique de l'administration de l'Assistance publique la statistique des asiles de convalescents.

NOMINATION DE COMMISSION.

L'ordre du jour appelle la nomination d'une commission chargée d'examiner les titres des candidats à une place de membre titulaire de la Société.

Cette commission sera composée de MM. Panas, Blot, Depaul.

COMMUNICATION.

Sur un calcul rendu par le périnée.

M. MARJOLIN fait la communication suivante :

Dans les dernières séances, puisqu'il a été à plusieurs reprises question d'affections calculeuses, je saisis cette occasion pour vous présenter un calcul volumineux rendu spontanément par le périnée; et bien que les auteurs renferment plusieurs observations de ce genre, je crois que ce fait est d'autant plus intéressant, que l'enfant qui a rendu cette pierre a été taillé, il y a neuf ans, par notre collègue M. Deguise fils. Il n'y a donc pas à faire l'objection que l'on a si souvent reproduite à l'occasion de la lithotritie, que des fragments oubliés dans la vessie avaient pu servir de point de départ à la formation d'un nouveau calcul. Il y a des exemples de récurrence après des tailles bien faites, et, pour ma part, j'ai eu l'occasion de voir une personne qui succomba à un étranglement interne et qui avait été opérée trois fois par Souberbielle par le procédé du haut appareil.

Le calcul que je mets sous vos yeux fut rendu par un garçon de 14 ans et demi, grand, d'une assez bonne constitution. Personne dans

sa famille n'avait été atteint d'une affection semblable. La première pierre extraite par M. Deguise avait le volume d'un œuf de pigeon; la guérison fut rapide. Cette fois, le jeune malade commença à souffrir, il y a un an, dans le bas-ventre et dans la région périnéale. Pendant plus de huit mois, il fut obligé de rester couché; enfin, dans le courant de mai 1867, un abcès se forma, et dans les derniers jours du même mois, la pierre sortit librement.

Ce calcul, dont la pesanteur spécifique est peu considérable, est très-friable : son poids est de 38 grammes; sa forme est celle d'un cylindre allongé, irrégulier, un peu noueux, mesurant dans sa plus grande étendue plus de 8 centimètres, et dans son diamètre le moins considérable plus de 3 centimètres. L'extrémité, qui très-probablement répondait à l'orifice vésical, est irrégulière et comme modelée sur des anfractuosités.

A la suite de l'issue de ce calcul, il resta une fistule urinaire qui a demandé près de quatre à cinq mois pour se fermer; la cicatrisation n'a été obtenue qu'après des cautérisations répétées avec le nitrate d'argent.

RAPPORTS.

M. DE SAINT-GERMAIN donne lecture des deux rapports suivants :

I. — Rapport sur deux notes présentées à la Société de chirurgie par M. Dauvé, médecin-major.

Les conclusions de ce rapport sont :

- 1° De remercier M. Dauvé de son travail;
- 2° De déposer dans les archives les observations qu'il a communiquées à la Société;
- 3° D'inscrire le nom de M. Dauvé au nombre des candidats à la place de membre correspondant.

II. — Rapport sur une note de M. Leroux, de Versailles, relative au traitement de la syphilis par le bichromate de potasse.

Les conclusions de ce rapport sont :

- 1° De remercier M. Leroux de son intéressante communication;
- 2° De déposer son travail dans les archives;
- 3° D'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. LEFORT. M. Leroux redoute l'apparition de la salivation après l'emploi du traitement mercuriel. Je dois dire que, pendant dix-huit mois passés à l'hôpital du Midi, si j'ai vu souvent la salivation mercurielle succéder aux onctions pratiquées dans les cas d'orchite, je n'ai,

en revanche, jamais observé de salivation grave chez les syphilitiques auxquels j'administrais le mercure à l'intérieur.

COMMUNICATIONS.

M. DEPAUL communique l'observation suivante :

Déchirure centrale du périnée chez une primipare.

Femme brune, assez bonne constitution, d'un embonpoint modéré. Conformation du bassin normal.

Réglée à 14 ans, huit jours par mois, d'une façon très-régulière, sans interruption.

Dernière apparition des règles inconnue.

Dans les premiers mois de la grossesse, elle a eu plusieurs hémorrhagies modérées, puis quelques nausées et quelques vomissements.

Le 9 décembre 1867, à trois heures du soir, cette femme est prise des premières douleurs et est amenée à l'hôpital.

Rupture spontanée des membranes à cinq heures du soir.

Terminaison à cinq heures et demie.

Sommet en O. I. G. A.; garçon; poids, 3,050 gr.

La malade était arrivée à la fin du travail avec des douleurs régulières et très-fortes. La tête, arrivée à la vulve, resta pendant quelque temps entre les cuisses coiffée par le périnée, qui faisait une saillie considérable, l'occiput dirigé en avant et la vulve entr'ouverte le laissant apercevoir. Tout à coup, sous l'influence d'une douleur plus vive, le périnée s'ouvre et le front et la face apparaissent. Une deuxième douleur, qui survient quelques minutes après, achève d'agrandir l'ouverture, et la tête entière passe par la déchirure, suivie bientôt du tronc. La délivrance a été opérée par l'orifice vulvaire, la sage-femme en chef ayant ramené le cordon par la vulve.

Le périnée offre une plaie béante infundibuliforme longue de 6 centimètres, large de 3 centimètres, circonscrite par deux lèvres épaisses irrégulières, contuses; limitée en arrière par le sphincter anal, qui est intact; en avant, par le repli membraneux qui constitue la fourchette.

La vulve, petite, étroite, régulière, examinée immédiatement, ne présente aucune des lésions que produit habituellement un premier accouchement.

Les 10 et 11, la vulve a l'étroitesse et la forme de celle d'une femme qui n'a pas eu d'enfants. L'anneau vulvaire est intact; la plaie est un

peu rétrécie : elle offre un léger enroulement des bords cutanés ; les parois latérales de la plaie sont plus rapprochées, sans réunion.

Le soir, à six heures, elle est prise d'un petit frisson. Pouls à 96. Un peu de chaleur à la peau. La fosse iliaque gauche, un peu sensible à une forte pression. Cataplasmes.

12 décembre. — Pouls à 112. Ventre plat, souple, un peu sensible à droite ; la plaie un peu blafarde, humide, béante. Écoulement sanieux fétide. La plaie est tuméfiée et douloureuse ; les bords se renversent de plus en plus. Cataplasmes de fécule.

13 décembre. — La surface de la plaie est grisâtre, sanieuse ; les tissus environnants sont souples, moins adématisés, moins sensibles ; le pouls à 108 ; l'état général meilleur.

14 et 15 décembre. — La plaie commence à se déterger, et on voit déjà quelques bourgeons charnus qui se développent au centre de ce tissu grisâtre qui constitue la plaie. État général satisfaisant. L'écoulement lochial se fait presque en entier par la plaie. Pansement avec vin aromatique, une portion.

17 décembre. — La plaie est aujourd'hui complètement détergée et rose, vermeille. A trois heures, la femme est prise d'un frisson qui a duré une demi-heure. Pouls à 104 ; bouche mauvaise ; langue un peu chargée ; la plaie est un peu douloureuse ; deux selles normales pour la première fois.

18 décembre. — État général satisfaisant ; une portion ; vin de Bordeaux ; pansement avec vin aromatique.

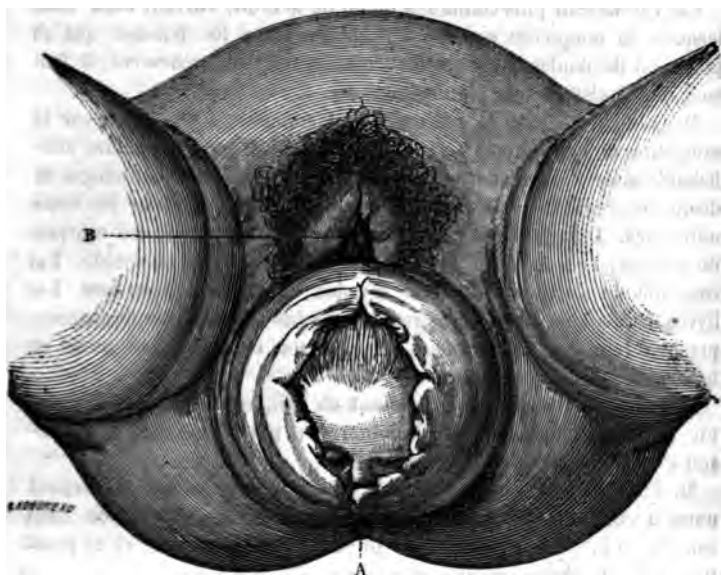
19 décembre. — La plaie se rétrécit un peu ; elle s'affaisse et bourgeonne bien. État général parfait. La plaie a toujours 6 centimètres de long sur 3 centimètres de large ; elle bourgeonne très-bien, et la partie correspondant à la commissure est déjà en partie cicatrisée. Un jour de diarrhée. État général un peu moins bon.

20 décembre. — Même état ; toujours de la diarrhée. La plaie reste belle. Un quart de portion, avec vin aromatique, tilleul, orange. Deux potages, deux bouillons.

A partir de ce moment, la plaie va toujours en se rétrécissant et en bourgeonnant, et le 26 décembre, la plaie mesurée présente les caractères suivants : un entonnoir de 3 centimètres de long et de large, percé d'un trou à son fond qui va faire communiquer le vagin avec l'extérieur, et entouré par deux bords d'une épaisseur d'un centimètre qui se renversent un peu plus du côté de la vulve et de l'anus. L'orifice a une dimension qui laisse passer le doigt à frottement. Plaie rose, vermeille, belle, indolore, suppurant très-peu.

Pendant tout le mois de janvier, la plaie se rétrécit de plus en plus,

et aujourd'hui, 5 février, la plaie est réduite au volume d'une pièce de un franc tout au plus, offrant à son centre un canal étroit qui aujourd'hui laisse à peine passer une plume. L'état général reste satisfaisant, et la femme, qui est restée couchée jusqu'au 1^{er}, se lève depuis cette époque sans que cela arrête en quoi que ce soit la cicatrisation.



Après avoir examiné cette déchirure du périnée, j'avais annoncé que des soins de propreté suffiraient pour amener, chez cette femme, une guérison complète. Au bout de cinq semaines, il ne restait plus qu'un pertuis dans lequel on pouvait introduire une petite plume. Cette femme est partie pour l'asile du Vésinet. Il est très-vraisemblable que, d'ici à quelques jours, la plaie sera complètement fermée.

Les faits de la nature de celui que je vous fais connaître sont rares, et, il y a quelques années, Capuron les niait.

Ces ruptures peuvent se produire dans des conditions très-différentes. Ici, il s'agissait d'une première position du sommet, sans vice de conformation du bassin; mais le périnée était un peu plus long que dans l'état normal et excessivement souple.

C'est la peau qui s'est déchirée la première.

Quand on étudie les lésions dont le périnée peut être le siège en pareille circonstance, on voit que tantôt c'est la peau qui se déchire la première, tantôt c'est la muqueuse. Quelquefois, la peau seule est déchirée et la muqueuse reste intacte; d'autres fois, la muqueuse est déchirée et la peau saine.

Ces cas-là sont plus communs qu'on ne le croit, surtout ceux dans lesquels la muqueuse seule est déchirée. Chez les femmes qui se plaignent de douleurs dans cette région après l'accouchement, il faut songer à l'existence de cette lésion.

Dans d'autres cas, la déchirure est complète : elle porte sur la muqueuse et la peau, et l'enfant peut passer par cette ouverture artificielle; mais d'autres fois, et c'est le cas le plus commun, malgré la déchirure centrale, l'accouchement se fait néanmoins par les voies naturelles. Dernièrement, j'ai observé un fait de déchirure centrale du périnée; l'enfant n'est pas sorti par cette ouverture anormale. J'ai conseillé de s'abstenir de toute réunion; la guérison a eu lieu. Les livres de Moreau, de Velpeau, renferment des observations analogues; presque toujours, on a obtenu une guérison complète sans avoir eu besoin de faire une suture.

Mon but, en vous communiquant ce fait, est de faire connaître un nouvel exemple d'une lésion rare, pour laquelle la guérison a été obtenue sans opération.

M. BLot. Je crois que les faits de la nature de celui que M. Depaul nous a communiqué sont extrêmement rares, surtout si l'on tient compte du mode de présentation (présentation céphalique) et de position (occipito-iliaque gauche antérieure).

J'ai vu des cas de déchirure centrale du périnée, succédant à une position occipito-postérieure qui ne s'était pas réduite en antérieure par le mouvement de rotation.

Ce qui peut faciliter aussi ces déchirures, c'est la grande étendue du périnée et la situation très en avant de la vulve.

Dans le cas actuel, peut-être qu'avec deux doigts placés dans le rectum, on aurait pu favoriser le redressement de la tête et empêcher la rupture.

M. DEPAUL. Le dernier mouvement s'est fait avec une telle rapidité, que l'attention a été surprise. Le périnée était tellement mince, qu'il eût peut-être été difficile d'éviter l'accident.

Pendant un certain temps j'ai cru, avec la plupart des accoucheurs, que les positions occipito-postérieures étaient presque la condition sine qua non pour la production de cet accident. Eh bien! chose

curieuse, les observations dans lesquelles cette position est indiquée sont très-rares.

Les causes de cette déchirure peuvent être la longueur plus grande de la symphyse pubienne ou du périnée, la courbure exagérée du sacrum. Autrefois, j'ai enseigné que pour que cette lésion pût se produire, il fallait presque nécessairement qu'il existât une position occipito-postérieure. Je m'étais évidemment trop avancé! Je crois que, pour remonter à l'étiologie de cet accident, il faut insister beaucoup sur la flaccidité des parties molles du bassin, ainsi que cela s'observe chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, ou chez celles qui, d'abord très-grasses, sont devenues très-maigres. Certaines femmes ont le périnée trop large pour l'ouverture qu'il doit boucher, et je crois que, dans le cas que je viens de vous faire connaître, la déchirure est due à une disposition de ce genre.

M. TILLAUX communique la note suivante :

Sur l'opportunité du Trépan.

M. TILLAUX. Vous n'avez sans doute pas oublié l'importante discussion qui s'est produite l'année passée au sein de la Société sur l'opération du trépan, à l'occasion d'un malade présenté par notre collègue, M. Broca. Je n'ai pas l'intention de provoquer aujourd'hui une nouvelle discussion, mais bien de répondre à l'appel qui fut fait alors par quelques-uns de nos collègues. Ce n'est pas, en effet, par la théorie que nous arriverons à formuler les règles précises touchant la trépanation du crâne, mais bien par l'étude attentive des faits cliniques. Quelques chirurgiens éminents de notre époque ont rejeté absolument une opération admise sans conteste par tous nos devanciers des siècles passés. Nous avons donc besoin de nous faire une opinion, de voir de quel côté est l'exagération, de quel côté est la vérité, et l'examen attentif des observations peut seul nous conduire à ce résultat.

Je ne vous rappellerai pas, Messieurs, toutes les opinions émises devant vous l'année passée; je vous dirai seulement que l'on a rejeté avec raison le *trépan préventif*, c'est-à-dire une opération grave destinée à prévenir les accidents qui n'existent pas encore et qui ne surviendront peut-être pas. Je ne veux pas non plus parler du *trépan consécutif*, qui a pour but de porter remède à des accidents bien définis, bien limités, apparaissant après la guérison des désordres initiaux. C'est cette trépanation consécutive ou tardive qu'avait heu-

reusement pratiquée M. Broca, et pas un de nous ne doute qu'il y ait des cas où elle soit formellement indiquée.

Lé point réellement en litige, le point obscur, difficile de cette question, c'est le trépan *primitif*, c'est-à-dire appliqué aux accidents primitifs.

Lorsqu'une fracture du crâne, avec ou sans plaie, est accompagnée de phénomènes tels que résolution générale, coma, etc., nous sommes d'un avis unanime : il ne faut pas trépaner; ce serait agir aveuglément, j'ajoute d'une façon tout irrationnelle. Mais voici le cas vraiment discutable, et c'est celui sur lequel je désire appeler votre attention :

Un malade présente une fracture du crâne avec plaie des téguments, il a conservé sa connaissance et répond aux questions qu'on lui adresse. Mais il est atteint d'une hémiplegie complète ou incomplète du côté opposé à la lésion. N'est-ce pas là, Messieurs, le cas le plus favorable à l'application du trépan primitif? Fracture du crâne évidente dont on connaît le siège précis, avec paralysie du côté opposé. Il n'est pas douteux que le cerveau soit comprimé ou par les fragments, ou par un épanchement de sang. Que doit faire le chirurgien? doit-il trépaner dans ce cas où l'indication paraît si précise? C'est ainsi que, selon moi, il faut poser la question, car du moment où nous rejetons le trépan préventif comme irrationnel, nous devons le rejeter dans tous les cas où nous n'avons pas de raison sérieuse d'enlever la couronne osseuse sur un point déterminé et limité du crâne. Mais cette première question ne peut être résolue qu'après celle-ci :

Même dans le cas, si favorable à l'application du trépan, que je viens de supposer, est-il toujours possible de reconnaître et l'agent de la compression cérébrale et le point précis où s'exerce cette compression? N'est-il pas évident, Messieurs, que si, dans l'hypothèse où je me suis placé, nous sommes encore réduits à agir aveuglément, le trépan primitif est bien près d'être condamné? Cette grosse question ne peut être résolue que par des faits; aussi n'ai-je pas la prétention aujourd'hui de la résoudre, ni même de la discuter. Je ne fais que la poser et vous apporter deux observations qui pourront contribuer à sa solution. En voici le résumé :

Tronchi (Henri), âgé de 18 ans, garçon plombier, entre le 27 décembre 1867 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Barnabé, n° 30.

En travaillant dans une église, il est tombé sur le sol de la hauteur environ d'un troisième étage. A son entrée, le malade est dans un état voisin de la résolution; il y a de la somnolence, de la torpeur; cepen-

dant il répond aux questions qu'on lui adresse et signale la région lombaire comme étant le siège d'une douleur assez vive. Le pouls est petit et lent. Il n'y a d'écoulement de sang ni par le nez, ni par l'oreille. Sur le crâne, vers le sommet de la tête et à 2 centimètres environ à droite de la ligne médiane, existe une plaie contuse peu étendue, au fond de laquelle on sent les os à nu à l'aide du stylet. Rien n'indique l'existence d'une fracture.

Une compresse froide est appliquée sur la plaie, sangsues derrière les oreilles et émétique en lavage.

Le malade reste à peu près dans le même état les jours suivants; il uriné et va à la selle normalement; la motilité et la sensibilité sont intactes.

Le 1^{er} janvier, à la visite du matin, amélioration notable; le malade ouvre les yeux, répond mieux aux questions. Il souhaite la bonne année à la religieuse de la salle. Quelques heures après, on le trouve mort dans son lit, sans que les voisins s'en soient aperçus.

L'autopsie révèle l'existence d'une fracture fissuraire du crâne commençant non pas au niveau de la plaie extérieure, mais à 2 centimètres en dehors d'elle. La fissure se continue obliquement sur le pariétal droit et aboutit au trou occipital en passant derrière le rocher, qui est intact.

La lésion capitale est un caillot sanguin situé sur les côtés du cerveau, au niveau de la fosse temporale entre la dure-mère et la boîte crânienne. Ce caillot est noir, adhérent à la dure-mère; il est arrondi, mesure environ 4 centimètres de diamètre et 1 centimètre à peu près d'épaisseur.

Le cerveau, presque intact, présente seulement au niveau de la fracture quelques taches ecchymotiques.

Il me paraît certain, Messieurs, que la mort a été déterminée par la formation brusque de ce caillot dans la région temporale droite. Admettons que ce caillot se soit formé plus lentement ou que l'hémorragie ait été moins abondante, le jeune homme aurait continué à vivre, mais avec une hémiplegie gauche. Le chirurgien eût pu songer alors à intervenir à l'aide du trépan. N'était-il pas indiqué de l'appliquer sur le point du crâne où était la plaie extérieure et où avait dû porter le choc? Évidemment oui; eh bien! l'agent compresseur, le caillot s'en trouvait à une distance telle, qu'il était impossible de l'atteindre. L'opération eût donc été nécessairement inutile.

Le deuxième malade, dont je vous présente le crâne, est plus instructif encore que le précédent, car ce qui n'était tout à l'heure qu'une hypothèse s'est ici réalisé. Nous avons vu l'hémiplegie appa-

raître et augmenter peu à peu sous nos yeux, si bien que sans l'infection purulente à laquelle a succombé le malade, je n'aurais pas manqué de songer sérieusement au trépan, et j'eusse accompli une triste besogne, ce dont je vous donnerai la preuve.

Voici le résumé de cette observation :

André B..., domestique, âgé de 27 ans, est tombé en voulant descendre d'un chemin de fer encore en marche. Il entre salle Saint-Barnabé, à l'hôpital Saint-Antoine, le 3 février. Il existe au-dessus de l'arcade sourcilière gauche une plaie aux téguments, large de 8 centimètres environ. En écartant les lèvres de cette plaie, on constate de la façon la plus nette la fracture que je mets sous vos yeux et que je vous décrirai dans un instant.

Le malade présente l'état d'un homme profondément endormi. Il n'a pas prononcé une parole depuis son entrée. Le pansement de sa plaie détermine une vive douleur due à la présence d'un filet du frontal qui est touché par l'éponge. Le malade résiste énergiquement, il exécute avec ses deux bras des mouvements très-violents et pousse même un fort juron ; puis, le pansement terminé, il retombe dans l'assoupissement. Souvent il bâille et grince des dents.

Il y a peu de changement les deux premiers jours. Cependant, le 5, il répond à l'appel de son nom.

Le 6, il répond à mes questions, ouvre les yeux et boit volontiers. Pendant ce temps, le pouls battait 52 et même 48.

Le 11 février, c'est-à-dire le huitième jour de l'accident, je constate pour la première fois un affaiblissement de la sensibilité et de la motilité dans tout le côté droit, ce que le malade reconnaît lui-même. Il répond plus mal aux questions, laisse ses phrases inachevées ou les termine par une sorte de ricanement idiot. L'hémiplégie augmente les jours suivants, au point qu'il ne peut soulever son bras droit qu'à l'aide de sa main gauche, et le 20 février, le côté droit de la face se paralyse également, en même temps qu'il répond de plus en plus mal aux questions qu'on lui adresse.

Le 21, il est pris d'un violent frisson et de délire. Le pouls est à 116. Le 23, deux nouveaux frissons ; vomissements. La face est terreuse, la plaie flétrie. Il meurt le 25.

Vous voyez la fracture : elle part de la ligne médiane sous la forme d'une fissure transversale qui, arrivée au niveau de la fosse temporale, se dirige obliquement en arrière et en bas vers l'angle antérieur et inférieur du pariétal gauche pour aller aboutir à la base du crâne, au niveau du trou ovale.

Près de la ligne médiane, sur le frontal, là où commence la frac-

ture, de la fissure transversale partent deux fissures verticales distantes l'une de l'autre de 3 centimètres qui isolent ainsi un fragment quadrangulaire libre seulement par trois de ses côtés. Ce fragment est déprimé de 2 millimètres environ vers la boîte crânienne.

Vu par sa face interne, le crâne présente les mêmes détails que ci-dessus, mais on constate en plus que la lame vitrée du fragment antérieur a éclaté. Il existe deux éclats inclinés obliquement comme un toit, et faisant dans la boîte crânienne une saillie d'environ 6 ou 7 millimètres.

La lésion sur laquelle j'appelle spécialement votre attention, Messieurs, est la suivante : le trait de la fracture a divisé l'artère méningée moyenne au niveau de l'angle antérieur et inférieur du pariétal gauche. Il en est résulté la formation d'un énorme caillot que je vous présente et qui siège entre les os du crâne et la dure-mère. Ce caillot, aussi large que la paume de la main d'un adulte, a plusieurs centimètres d'épaisseur. Il occupe toute la fosse temporale et se prolonge même en arrière. Certaines parties de ce caillot sont noires et d'origine récente, d'autres sont jaunes, fibrineuses, et remontent vraisemblablement au début de l'accident. Je vous signale encore l'adhérence intime du caillot à la face externe de la dure-mère. Vous pouvez constater que le centre du caillot se trouve à 10 centimètres au moins du fragment déprimé et de la plaie extérieure.

Entre la dure-mère et le cerveau, aucune trace d'épanchement de sang ni de contusion. Le cerveau est seulement très-aplati dans toute la partie correspondante au caillot. La dure-mère, l'arachnoïde, la pie-mère et la substance cérébrale sont complètement intactes au niveau des éclats de la lame vitrée.

J'ai à peine besoin, Messieurs, de faire ressortir l'importance de ce fait au point de vue de l'opération du trépan. Voici un malade qui présente une fracture du crâne avec un fragment légèrement déprimé et une plaie aux téguments. Il ne tarde pas à recouvrer en partie son intelligence et l'usage de la parole, mais survient bientôt un affaiblissement de tout le côté du corps opposé à la fracture. L'indication du trépan primitif a-t-elle jamais été plus précise que dans ce cas ? Eh bien ! les pièces en main, on peut affirmer que l'opération n'eût fait qu'ajouter sa propre gravité à celle de la lésion crânienne, puisque l'hémiplégie était due non pas à la dépression des fragments ni aux éclats de la lame vitrée, mais bien à la présence d'un caillot qui, par sa situation, son volume, son étendue, ses adhérences, était inaccessible à la trépanation.

PRÉSENTATION DE MALADE.

**Amputation de la jambe au lieu d'élection.
Appareil prothétique.**

M. GUYON présente un malade amputé de la jambe au lieu d'élection. Ce malade porte un appareil de M. de Beaufort depuis quinze jours; il marche facilement. Sur ce point, M. Guyon réserve son appréciation pour une époque ultérieure.

M. Guyon a fait une amputation à lambeau externe d'après le procédé de M. Sédillot. Le résultat obtenu est des plus satisfaisants. C'est la troisième fois que M. Guyon a pratiqué l'amputation de la jambe en taillant un lambeau externe, et trois fois le succès n'a rien laissé à désirer.

M. LÉON LEFORT. L'opération pratiquée par M. Guyon lui a donné un très-beau résultat; le moignon est régulier, bien matelassé de masses musculaires, et par conséquent dans d'excellentes conditions pour l'application facile d'un appareil prothétique; cependant le malade qu'il nous présente, loin de nous montrer les avantages de l'appareil de M. de Beaufort, nous en montre au contraire les inconvénients. Ainsi, le point d'appui est pris dans cet appareil sur la surface, sur les saillies de la cuisse et du genou et non sur l'ischion. Qu'est-il arrivé? Le malade a placé un gros coussin en avant de la crête tibiale, il a fait subir au manchon de cuir un mouvement de bascule, et il marche aujourd'hui en s'appuyant surtout sur le genou demi-fléchi. Quelle solidité y a-t-il dans ces deux attelles de bois, articulées par cette plaque de tôle grossièrement rivée? L'appareil est détestable et qui, plus est, dangereux. On a parlé du mérite et de la nouveauté de ce pied, dont la plante est convexe; d'abord tous les pieds articulés au niveau de l'interligne du métatarse et des phalanges deviennent, dans la flexion, de véritables pieds convexes; et en second lieu, il n'y a encore là rien dont M. de Beaufort puisse réclamer l'invention. Il y a dix ans que M. Ferdinand Martin a fait des pieds à plante convexe, et il en a donné le dessin dans son travail sur la prothèse des membres inférieurs. Je n'ai rien dit jusqu'à présent des appareils de M. de Beaufort; il m'importait peu qu'ils fissent ou non l'admiration des gens du monde; mais aujourd'hui, il n'en est plus de même : une circulaire de l'administration des hôpitaux nous annonce que la jambe artificielle de M. de Beaufort est la seule qui sera fournie à nos amputés, sauf circonstances exceptionnelles; il est temps de protester dans l'intérêt des malades et au nom des principes de la pratique chirurgicale contre la faveur qu'on accorde à tort à cet appareil.

M. TILLAUX. Je ne saurais accepter le blâme que M. Lefort jette sur les appareils prothétiques de M. de Beaufort. Voici un malade qui se sert, depuis quinze jours seulement, de sa jambe artificielle, et qui marche aisément. Elle n'est pas solide, dit-on. Je demande que l'expérience prononce sur cette question. Mais où l'appréciation de M. Lefort me paraît surtout injuste et inacceptable, c'est à propos de la main artificielle. Elle est incontestablement supérieure à toutes celles qui ont été faites jusqu'à présent : c'est, comme l'appelle son auteur, une main utile. M. de Beaufort, à force de chercher, est arrivé à trouver la combinaison la plus simple : il a sacrifié les mouvements accessoires pour le mouvement principal, qui est celui d'opposition du pouce. Sa main artificielle est une véritable pince à deux branches, dont l'une, représentée par les quatre doigts, est demi-fléchie et fixe, tandis que l'autre, représentée par le pouce, est mobile, et s'oppose librement à la première. Je maintiens que c'est là une idée très-ingénieuse et qui appartient en propre à l'auteur. Il n'a pas eu la prétention de faire des appareils de luxe, mais bien des appareils utiles et de nombreuses observations ont démontré qu'il avait réussi.

On objecte qu'il n'est pas possible de lever, avec cette main, de pesants fardeaux ; mais avec quelle main artificielle le peut-on faire ? Il y a, pour cela, le crochet adapté au moignon. Il ne faut demander à un bras artificiel que ce qu'il peut donner, c'est-à-dire l'appréhension des objets légers qui servent à chaque instant dans les besoins ordinaires de la vie ; or je déclare que, sous le rapport de l'utilité, de la légèreté et de la modicité du prix, la main artificielle de M. de Beaufort l'emporte sur toutes les autres.

M. LÉON LEFORT. Le bras artificiel de M. de Beaufort a, sur la jambe artificielle, l'avantage de rendre des services dans plusieurs circonstances ; lorsqu'il s'agit, par exemple, de militaires pensionnés et retraités, d'employés ou de garçons de bureau de ministères ou de grandes administrations ; mais pour nos ouvriers qui doivent vivre en travaillant, il leur faut, avant tout, un membre solide. J'ai fait renouveler au bureau central l'appareil d'un malheureux privé des deux mains. Quel métier fait cet homme avec ses avant-bras fabriqués par Charrière ? Il est terrassier de la ville de Paris. Nous avons tous vu un homme conduisant, avec le crochet qui terminait son appareil, les chevaux de renfort pour les omnibus remontant le boulevard de Sébastopol. La main artificielle de M. de Beaufort n'a d'autre force que celle du ressort qui agit sur le pouce ; c'est un appareil bon, je le reconnais, pour ceux qui n'ont besoin que de peu de force et de travail ; mais le principe du mouvement n'appartient

pas davantage à M. de Beaufort; il appartient à Van Petersen qui, en 1845, présenta son bras artificiel à l'Académie des sciences, et ce principe a été, avant M. de Beaufort, appliqué et étendu dans ses applications par MM. Charrière, Béchard, Mathieu, etc.

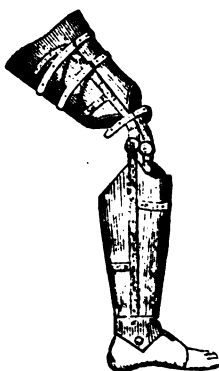
En résumé, pour ce qui concerne la jambe artificielle, le seul bon appareil pour nos malades pauvres est toujours le pilon, ou, si l'on veut conserver la mobilité des articulations et masquer la mutilation, les seuls points d'appui solides sont le genou fléchi ou l'ischion.

M. LARREY. Je me rallie à l'opinion de M. Tillaux. Si la main artificielle ne peut suffire pour les mouvements de force, elle permet les mouvements délicats. Je crois que l'idée généralisée du pied à base convexe appartient à M. de Beaufort. Je suis moins disposé à défendre l'appareil de la jambe construit par cet inventeur.

PRÉSENTATION D'APPAREIL.

M. FICHOT, fabricant d'appareils orthopédiques, soumet à l'examen de la Société une jambe artificielle de son invention:

Cette jambe est très-solide et revient à un prix relativement peu élevé. Les montants sont en acier, la garniture du cuissard en peau forte, le mollet en cuir durci. On a ménagé un point d'appui au niveau de l'ischion. Le pied, d'une seule pièce, en bois léger (en bois de tilleul, par exemple), est articulé avec la jambe.



L'articulation du genou a lieu à l'aide d'un boulon très-fort et rivé. Il existe en avant un point d'arrêt, afin que la flexion du membre ne puisse être exagérée. Le mollet, en cuir durci, descend jusqu'à l'articulation du pied. Les montants en acier sont réunis à la partie inférieure de la jambe par deux traverses fortement rivées. Quant au pied, il est fixé solidement à la jambe au moyen d'un boulon qui le traverse de part en part, ainsi que les deux montants en acier.

Au niveau du pied, deux ressorts en caoutchouc placés l'un en avant, l'autre en arrière, vont se réunir aux traverses de la jambe et donnent lieu à un tirage continu lorsque le pied est en mouvement, ce qui contribue à donner à celui-ci l'aspect d'un pied naturel.

L'amputé que présente M. Fichot porte cet appareil depuis quelques jours. Il marche facilement.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. MARJOLIN présente la pièce suivante :

Gangrène spontanée des extrémités inférieures, chez un enfant de 26 mois, ayant une communication congénitale à la base des deux ventricules du cœur.

M. MARJOLIN. Les cas de gangrène spontanée de ce genre ne sont pas communs dans la science, ils appartiennent à cette variété dite sénile décrite aussi par Jeanroy sous le nom de gangrène des gens riches ; affection le plus habituellement due à une gêne dans la circulation. Dans l'ouvrage de MM. Rilliet et Barthez, édition de 1853, il n'y en a que six cas de mentionnés. Ces six enfants avaient de 3 à 4 ans et demi, et presque tous ont succombé plus ou moins rapidement.

Chez ce petit malade, nous n'avons pas été témoins du début de l'affection ; nous ne l'avons vu que peu de jours, et je ne saurais mieux faire que donner l'observation telle qu'elle a été recueillie avec beaucoup de soin par M. Chaume, interne du service.

Les parents sont jeunes et ont un autre enfant qui se porte bien, mais le père est atteint depuis trois ans d'une bronchite chronique ; de plus, leur logement est insalubre, et déjà un médecin leur a conseillé de le quitter.

13 mars 1868. — L'enfant qu'on nous présente est âgé de 2 ans, petit, maigre, chétif : il n'a pas été vacciné. A l'âge de 5 mois, il a eu dans l'aisselle droite un petit abcès qui suppure encore, il a eu également quelques croûtes dans les cheveux, aujourd'hui disparues. Malgré un bon appétit, il a toujours été maigre et maladif ; sa mère, qui l'a nourri, nous fait remarquer que, presque dès sa naissance, il fut pris d'une toux qui n'a jamais cessé.

Il y a trois semaines environ, on remarqua, sous l'ongle du gros orteil gauche, des marbrures violacées bientôt suivies de taches noires qui se sont successivement étendues à tous les orteils, à la face plantaire, au bord externe du pied et au talon. Trois jours après, le pied droit devenait également malade, et de ce côté la maladie a exactement suivi la même marche ; toujours les taches noires étaient précédées de marbrures violacées.

Aujourd'hui, on voit : rougeur violette des deux extrémités inférieures s'étendant depuis les orteils jusqu'au dessus des malléoles, et cela au même niveau des deux côtés. Les talons et les orteils sont noirs, comme cornés et momifiés. Toutes ces parties sont froides ; la sensibilité est nulle sur les parties noires, douteuse sur les parties rouges, et très-vive à la limite de la rougeur.

La maladie semble devoir s'arrêter au-dessus des malléoles, car, depuis huit jours, la rougeur ne monte plus. Depuis cette époque, également, l'enfant semble être moins mal. La mère assure qu'il a moins de fièvre, qu'il tousse moins et qu'il mange mieux.

En ce moment la toux est continue, la peau chaude, le pouls fréquent, mais très-petit; le pouls radial est à peine sensible, l'artère fémorale elle-même bat faiblement, et cependant les mouvements du cœur sont tumultueux et ses bruits s'entendent dans toute la poitrine; on peut saisir un bruit de souffle, mais il est impossible de lui assigner un siège.

Pouls, 130; température de l'aisselle, 38; du rectum, 39. En arrière du thorax, submatité. On entend des râles sous-crépitaux à la base des deux poumons.

14 mars. On constate les mêmes symptômes. Cataplasmes saupoudrés de quinquina et de charbon.

Pouls, 140; 75 respirations par minute. Une raie de nitrate d'argent est faite sur les limites de la rougeur pour permettre de constater les progrès de la maladie.

15 mars, matin. — La raie est dépassée de 1 millimètre; on voit quelques phlyctères qui paraissent causées par le cataplasme. On constate un peu de diarrhée et un commencement de cyanose.

Pouls, 144; respiration, 84. Les urines ne présentent ni sucre, ni albumine.

Soir. — Température de l'aisselle, 37; du rectum, 39. L'oppression, et la cyanose s'accroissent de plus en plus. L'enfant meurt le soir, à neuf heures.

Autopsie. — L'enfant a 70 centimètres de long; il est très-peu développé, ses membres inférieurs sont surtout très-grêles.

On ouvre avec précaution la cavité thoracique, et tout d'abord on est frappé du volume considérable du cœur. Il n'existe aucune adhérence, soit entre les plèvres et le poumon, soit entre le cœur et le péricarde. Le cœur est globuleux, le sillon qui occupe à l'état normal sa face antérieure est peu accusé, et au lieu de se diriger vers la pointe, il va se terminer vers le milieu du bord droit, ce qui indique déjà que l'hypertrophie de l'organe porte principalement sur le ventricule gauche. En effet, ce ventricule, ouvert, offre des parois épaisses d'un centimètre environ; sa capacité dépasse de trois ou quatre fois celle du ventricule droit. La valvule auriculo-ventriculaire gauche est très-développée: les colonnes de premier et deuxième ordres sont fortement accusées, mais toute l'attention se porte sur la paroi interne de ce ventricule, où l'on voit un orifice de communication avec la

ventricule droit. Il est triangulaire, long de 15 millimètres et large de 8; ses bords sont arrondis et ne présentent pas l'aspect réticulé que l'on voit sur tout le reste de la surface interne du ventricule gauche. Ils sont formés de deux lames de substance musculaire qui, au lieu de s'appliquer exactement, se sont croisées obliquement, de manière à laisser un espace vide.

Le ventricule droit n'offre rien qui ne soit normal, si ce n'est l'orifice de communication avec le ventricule opposé; sa disposition est la même.

Dans les deux ventricules, l'endocarde est blanc, épaissi, surtout au voisinage des orifices et des valvules.

Les oreillettes ont leurs parois et leur volume ordinaires. Rien de remarquable sur les orifices artériels. Les artères aorte et pulmonaire suivent leur trajet habituel; leurs parois ne présentent aucune lésion. On a suivi soigneusement l'aorte dans tout son trajet, et les artères du membre inférieur, depuis la bifurcation de l'aorte jusqu'aux parties mortifiées, sans trouver aucune cause de gangrène.

Les deux poumons sont entiers, durs, peu aérés. La coupe en est rouge foncé; ils crépitent cependant et peuvent surnager. Il y a là une congestion passive, symptomatique, d'une circulation difficile. L'arbre aérien est intact. Le sommet du poumon, le droit en particulier, offre de petits tubercules isolés, dont quelques-uns sont remplacés par de la matière puriforme.

Le foie, les reins, sont volumineux et fortement congestionnés.

Parties mortifiées. — Une coupe verticale, pratiquée sur le pied, nous fait voir que les téguments seuls sont entièrement mortifiés. En effet, les cartilages, les os, les muscles du tarse et du métatarse sont à peu près sains. Mais il n'en est pas de même des orteils : le gros orteil, surtout, est dur comme de la corne, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont durs et noirs; les cartilages qui séparent les deux phalanges sont gris; l'articulation qu'ils forment est sèche. On peut suivre, d'avant en arrière, sur cette coupe, les progrès de la mortification. Ainsi, tandis que la phalange onguéale est complètement mortifiée, la phalange métatarsienne ne l'est que dans sa partie antérieure, tandis que les cartilages de l'articulation phalangienne sont grisâtres et secs, ceux de l'articulation métatarso-phalangienne sont moins foncés et encore humides, et, plus en arrière, le premier métatarsien est à peine décoloré. L'examen histologique des vaisseaux, muscles, etc., n'a pas été fait.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, D^r LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 25 MARS 1868

Présidence de M. LEGOUËST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— *Note sur les polypes fibreux de l'utérus. — Note sur la môle hydatroïde*, par M. Ancelet, membre correspondant.

— Quatre brochures : *Sur un cas de trépanation du crâne; sur les maladies dominantes à Urbino; sur un cas d'anévrisme traité par la ligature; sur les kystes de l'ovaire et l'ovariotomie*, par le docteur Santopadre, chirurgien à Urbino.

— *Rapport sur l'amputation de la hanche dans la chirurgie militaire* par George A. Otis; Washington, 1867.

— Une lettre de M. le docteur Burcq relative à un esthésiomètre décrit et présenté à l'Académie en 1856.

— Une lettre de remerciements de M. Mazzoni, récemment élu membre correspondant.

COMMUNICATIONS.

M. PANAS communique l'observation suivante :

Fracture du crâne. — Compression cérébrale. — Contusion par contre-coup. — Mort en douze heures.

Homme, pharmacien, âgé de 35 ans. Le 30 août 1863, au soir, étant ivre, il tombe de sa hauteur sur le pavé au milieu de la chaussée. Perte immédiate de connaissance. Il est relevé et apporté, à onze heures du soir, à l'hôpital, où l'interne, M. Saurel, constate l'abolition complète du sentiment et du mouvement volontaire avec résolution générale, coma profond, respiration stertoreuse et lente, pouls ralenti à 48, faible. Refroidissement de tout le corps, écoulement sanguin peu abondant par l'oreille droite. Potion avec 6 grammes d'acétate d'ammoniaque. Au moment d'expirer, la peau, livide partout, offre une chaleur brûlante. Pupilles largement dilatées. Cornées insensibles, battements du cœur accélérés et faibles. Inspiration toutes les deux minutes. Bientôt arrêt du cœur, refroidissement subit et mort à dix heures du matin.

Autopsie le 1^{er} septembre, vingt-quatre heures après la mort. — Téguments du crâne intacts, pas d'épanchement sous-cutané. On scie la calotte crânienne circulairement et on l'enlève, ce qui permet de constater une fracture de l'écaille temporale avec décollement de la dure-mère dans toute l'étendue du plan latéral droit du crâne. Tout cet espace est rempli par un caillot noir, dense, ayant la forme d'une brioche, c'est-à-dire un côté convexe en rapport avec les os du crâne, et un côté aplati reposant sur la dure-mère décollée. Extrait de sa place, il pèse 140 grammes. Toute la portion temporale de l'hémisphère est tellement aplatie, qu'au lieu d'être convexe, elle offre une surface plane taillée à pic avec un bord ou circonférence tranchante, exactement comme si l'on avait enlevé un segment du sphéroïde cérébral.

La source de cet écoulement est l'artère temporale moyenne, qui est ouverte. Le cerveau extrait, et les os débarrassés de la dure-mère, on constate à la partie supérieure de la fosse temporale, vers le milieu de la suture écailleuse, une fracture étoilée avec quatre prolongements, un supérieur et un autre antérieur ayant chacun de 3 à 4 centimètres de long, et deux fêlures inférieures. De ces dernières, l'une, postérieure, coupe en long la face antérieure du rocher par son milieu et aboutit au trou déchiré antérieur; l'autre, plus antérieure, parallèle à la précédente, sépare le rocher de la portion écailleuse du temporal, passe par le trou sphéno-épineux et le trou déchiré antérieur, détache complètement la lame carrée que surmontent les apophyses clinoides postérieures, et aboutit au trou déchiré antérieur du côté opposé. Ajoutons que des esquilles nombreuses s'étaient détachées du canal carotidien, et qu'une ou deux petites esquilles étaient comme fichées dans les parois de l'artère carotide interne. Outre son aplatissement, le cerveau ne présentait pas de lésions à droite, tandis qu'à gauche, sur le point diamétralement opposé, c'est-à-dire sur la face inférieure du lobe sphénoïdal gauche, on constatait l'existence d'un épanchement sanguin coagulé, noir, dans l'espace sous-arachnoïdien, pouvant peser 4 à 5 grammes, et une contusion du cerveau caractérisée par différents foyers apoplectiques de la substance grise dans l'étendue d'une pièce de cent sous environ, ne dépassant pas toutefois, en profondeur, la couche grise. Nulle autre lésion de la masse encéphalique. Ventricules parfaitement vides. Aucune autre lésion viscérale.

Réflexions. La compression cérébrale par épanchement sanguin traumatique a joué, comme on le sait, un grand rôle dans la pratique du trépan, alors qu'on faisait un véritable abus de cette opération.

Malgaigne, en s'élevant contre le trépan, se fondait non-seulement sur l'examen des faits cliniques, mais aussi sur des expériences qui lui avaient appris que, pour tuer un animal par des injections successives d'eau dans le crâne, il fallait employer une quantité d'eau telle, que supposer qu'une ou deux cuillerées de sang extravasé à la surface du cerveau pouvaient entraîner chez l'homme la mort par compression, ce serait une véritable absurdité, et c'est pourtant là ce qui a été fait par tous les auteurs partisans de la théorie de la compression, et surtout de l'emploi du trépan en pareille occurrence.

Malgaigne fait une seule réserve : c'est pour le cas où l'artère méningée moyenne se trouve ouverte, et cite à l'appui une observation de J. Cloquet où la mort survient de cette façon. A ce point de vue, les deux faits de M. Tillaux, auxquels j'ajoute celui que je viens de rapporter, viennent confirmer l'exception établie par Malgaigne.

Quant à la règle elle-même, j'ai pensé que les expériences de Malgaigne étaient passibles de certaines objections, en même temps qu'il y avait lieu d'indiquer certaines conditions spéciales qui rendent la compression plus efficace.

Malgaigne, en injectant de l'eau pure dans le crâne, ne pouvait pas arriver à préciser au juste la quantité qui est nécessaire pour amener les signes de la compression, puisque ce liquide est repris au fur et à mesure par l'absorption avec une très-grande rapidité.

Voici quatre expériences faites sur des chiens, où j'ai injecté trois fois de l'huile (liquide inabsorbable) et une fois du sang défibriné. Dans ce dernier cas, il a fallu employer, en effet, une plus grande quantité de liquide pour provoquer des accidents.

1^{re} observ. (huile). Dure-mère.

Encéphale pesant 99 grammes; injection de 5 grammes d'huile; dure-mère intacte, 1/20 ^{me}	}	Mort le lendemain matin, dans la stupeur.
--	---	---

2^e observ. (huile). Arachnoïde.

Capacité crânienne.....	c ^s 184	}	Meurt le troisième jour, 60 heures après, avec des traces de méningite.
Inject..... 40 gouttes.			
— Une heure après. 30 —			
70			
Dure-mère ouverte.....			

3^e observ.

Injection de 34 grammes de sang de bœuf défibriné, en deux reprises dans l'espace d'une heure et demie; mort dans la soirée. La capacité crânienne est évaluée à 68 grammes de sang. Dure-mère intacte.

4^e observ. (huile). Perforation de la dure-mère. Arachnoïde.

1 ^{re} injection.....	40	gouttes.	} Accidents fébriles, frissons.	} Mort le troisième jour.
2 ^e —	30	—		
3 ^e —	30	—		
4 ^e — le lendemain.	25	—		
Dure-mère ouverte.....				

Conclusions.

Huile sous arachnoïde. — Obs. 2 et 4, mort lente;

Huile sous les os. — Obs. 1, mort le lendemain avec 5 grammes;

Sang sous les os. 34 sur 68, = 1/2 de la capacité.

Une question plus importante que la nature du liquide, c'est celle du lieu de l'injection. Il est en effet évident que, lorsqu'on injecte du liquide, supposons du sang, dans la cavité arachnoïdienne, non seulement le liquide est repris plus vite par absorption, grâce à l'étendue de la surface absorbante, mais que, de plus, exerçant une compression uniforme sur tout l'encéphale, l'organe n'éprouve pas les troubles qui dérivent d'une forte compression exercée sur un point limité du centre encéphalique. En effet, Messieurs, dans les seuls cas où la compression cérébrale est évidente pour tout le monde comme ceux de J. Cloquet, de M. Tillaux et le mien, nous voyons le sang en grande quantité s'amasser non dans la cavité arachnoïdienne, mais entre les os et la dure-mère décollés, au point d'aplatir l'hémisphère cérébral correspondant.

Les expériences que j'ai faites prouvent aussi ce fait, que lorsque l'injection est pratiquée entre la dure-mère et les os, on détermine plus tôt des accidents, et que la mort est plus rapide que lorsque le liquide est injecté dans la cavité arachnoïdienne.

Je ne prétends pas, Messieurs, avec le petit nombre d'expérience que je vous apporte, trancher en dernier ressort une question complexe de pathologie comme l'est celle de la compression cérébrale, mais j'ai

cru faire chose utile en cherchant à compléter ce qui a été dit par Malgaigne à cet égard, et en montrant aux futurs expérimentateurs la voie dans laquelle ils doivent, je crois, persévérer.

M. LABBÉ. J'ai actuellement, dans mon service, un homme qui offre un exemple très-évident de lésion cérébrale traumatique par contre-coup. Cet individu a reçu, il y a dix-huit mois environ, un coup très-violent sur le pariétal du côté droit, il est survenu une hémiplégie du même côté. Dans ce cas, comme dans ceux que l'on nous a cités, la contusion cérébrale a vraisemblablement eu lieu dans le point diamétralement opposé à celui qui a reçu le choc.

Chez cet homme, on peut observer une des suites éloignées et assez rares des lésions traumatiques de l'encéphale, je veux parler des accès d'épilepsie.

M. TRÉLAT. Les lésions cérébrales par contre-coup ne sont pas très-rares; on peut même dire que ces faits sont assez communs.

M. PERRIN. Les observations de M. Panas confirment ce que j'ai dit bien des fois en ce qui concerne le contre-coup dans la masse encéphalique. Le mécanisme du contre-coup dans la production des lésions cérébrales est aussi rigoureux que celui des fractures par contre-coup telles qu'on les décrivait au siècle dernier.

M. TRÉLAT. Il s'agirait de prouver que les vraies fractures par contre-coup sont fréquentes.

M. PERRIN. En dehors des vues théoriques, il me paraît certain que ces faits sont réels, cliniquement parlant.

M. CHASSAIGNAC. Dans un certain nombre de cas on croit à un contre-coup, et l'on commet une erreur, parce qu'il y a eu véritablement deux coups donnés en même temps. Très-souvent, il arrive que la tête, recevant un choc très-violent, est en même temps portée contre un plan résistant et reçoit un second coup dans le point diamétralement opposé. C'est là un cas de lésion double par choc direct.

DÉCLARATION DE VACANCE D'UNE PLACE DE MEMBRE TITULAIRE.

M. LE PRÉSIDENT déclare vacante une place de membre titulaire et rappelle aux candidats à cette place, qu'à chaque nouvelle déclaration de vacance, ils doivent faire un nouvel acte de candidature. S'ils négligeaient de remplir cette formalité, ils ne pourraient figurer sur la liste de candidature.

LECTURE.

M. BAILLY, candidat à la place de membre titulaire, lit un mémoire ayant pour titre : *Mémoire sur la rotation artificielle du fœtus dans les positions occipito-postérieures.*

L'examen de ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Tarnier, Depaul, Guéniot.

COMMUNICATIONS.

M. PANAS communique l'observation suivante :

Observation de fracturé du bassin.

Vous connaissez la double fracture verticale du bassin décrite par Malgaigne, fracture qui, ayant pour effet de permettre l'ascension du fragment détaché et avec lui de tout le membre inférieur, a pu donner parfois le change et faire croire à l'existence d'une luxation du membre pelvien, au détriment de la fracture du bassin qui restait méconnue. Ici, Messieurs, il s'agit de ce genre de fracture diagnostiquée pendant la vie et avec cette particularité qu'elle existe des deux côtés, en sorte que nous avons affaire à une quadruple fracture verticale du bassin. Ajoutons qu'une cinquième fracture séparait la quatrième pièce du sacrum d'avec la cinquième; en même temps qu'il y avait une rupture de la vessie, sur laquelle je reviendrai après avoir parlé de la fracture.

Le sujet était un homme de 35 ans, charretier, qui, conduisant sa charrette assis sur son cheval, se laissa choir, et la roue lui passa en travers sur le bassin, en décrivant d'arrière en avant une demi-circonférence entière sur la moitié droite du bassin. Cet homme, qui était du reste à moitié ivre, fut relevé et conduit de suite à l'hôpital, où il expira trente-six heures après son entrée, dans l'état suivant :

Facies pâle, hippocratique; extrémités froides; pouls accéléré, 130, presque imperceptible. Plaintes continuelles, agitation, langue sèche. Ni selles, ni urines. Grandes ecchymoses sur l'abdomen, le bassin et les fesses, surtout à droite. Ventre extrêmement ballonné, douloureux et sonore à la percussion sur tous les points de son étendue. Vomissements bilieux. En pressant latéralement sur les deux crêtes iliaques à la fois, on perçoit une crépitation évidente à droite, mais non à gauche. Du reste, aucune déformation appréciable du pelvis. Les mouvements de flexion et d'extension du membre inférieur droit provoquent aussi la crépitation du même côté. On s'assure, du reste,

ainsi, que les fémurs sont en place et ne présentent aucune solution de continuité ni au corps, ni au col. Le cathétérisme n'a pas amené une seule goutte d'urine, et le malade n'a pas uriné pendant tout son séjour à l'hôpital.

Voici maintenant ce que nous a révélé l'autopsie.

A droite, il y a deux fractures : une *postérieure* verticale, commence à 2 centimètres de l'épine iliaque postérieure, se dirige en bas vers le sommet de la grande échancrure sciatique et aboutit dans la symphyse sacro-iliaque postérieure qui se trouve ainsi diastisée dans son quart inférieur. La deuxième fracture droite est antérieure, elle siège près de la symphyse pubienne, divisant le pubis au niveau de ces branches horizontale et descendante sur le côté interne du trou ovale.

A gauche, les deux fractures sont plus postérieures qu'à droite ; ainsi la fracture pubienne divise les deux branches de l'os vers le côté externe du trou sous-pubien et la fracture iliaque intéresse en haut la base du sacrum pour se diriger ensuite au bas de la symphyse sacro-iliaque gauche et le sommet de la grande échancrure sciatique.

Une grande quantité de sang infiltrait le tissu cellulaire sous-péritonéal, surtout dans la fosse iliaque droite.

La vessie était rompue, et la perforation qui occupait le haut de la face postérieure ou péritonéale de l'organe pris de son sommet, avait l'étendue d'une pièce de deux francs. Dans la vessie, il n'y avait ni urine ni sang, pas plus que dans la cavité péritonéale, dont les parois étaient lisses et dépourvues de fausses membranes.

Il est certain, d'après la disposition des fragments, qui n'étaient pas pour ainsi dire déplacés du côté du bassin, que la perforation vésicale ne peut être expliquée par un traumatisme qu'aurait produit un fragment osseux.

Reste l'hypothèse de la rupture par éclatement du réservoir urinaire en supposant la vessie pleine d'urine et serrée de toutes parts par suite de l'aplatissement de l'hypogastre par la roue. Ce mécanisme me paraît le plus probable, mais, dans ce cas, il faut admettre que l'urine épanchée dans le péritoine a dû se résorber pendant la vie sans déterminer la production de fausses membranes, ce qui ne manque pas que d'étonner un peu.

Pour ce qui est de l'*anurie* qui a existé pendant tout le temps que le malade a survécu, elle peut s'expliquer par le mauvais état général qui faisait de lui presque un cadavre.

M. LARREY. Dans le cas observé par M. Panas, n'existait-il pas en

même temps que la fracture une disjonction, même partielle, des symphyses, soit sacro-iliaques, soit pubiennes?

M. PANAS. A gauche, il n'existait aucune disjonction au niveau de la symphyse sacro-iliaque. A droite, la fracture tombait dans la symphyse, et il y avait disjonction de la partie inférieure de cette dernière, mais pas d'écartement.

M. CHASSAIGNAC. M. Panas a-t-il pu avoir quelques détails sur l'état dans lequel était la vessie avant l'accident? Dans la plupart des cas, pour que la rupture ait lieu, il faut que la vessie soit distendue.

M. PANAS. Le malade était ivre lorsqu'il a été transporté à l'hôpital, et je pense que la vessie était alors distendue par l'urine. Lorsque j'ai examiné ce blessé, le ventre était distendu; j'ai pratiqué le cathétérisme, et je n'ai pas fait sortir une seule goutte d'urine.

M. DEPAUL. Quelle est l'explication que propose M. Panas pour rendre compte de la production de cette fracture? Cet homme était couché; une voiture lui a passé sur le corps, et la ceinture représentée par le bassin, fortement pressée, a éclaté en deux points. C'est là le seul mécanisme auquel on puisse songer, et j'ajoute que c'est d'après ce mécanisme que se produisent habituellement ces fractures.

M. PANAS. Je n'ai pas voulu dire que ce fût là un fait exceptionnel. Il rentre dans la règle; mais ces faits sont encore assez rares pour qu'il soit bon de les décrire.

M. LARREY. Des fractures du bassin qui sont communes et qu'il ne faut pas oublier, ce sont celles qui sont dues à des coups de feu.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. DEMARQUAY présente une pièce relative à une blessure de l'artère intercostale et l'accompagne de la note suivante :

Blessure de l'artère intercostale. Hémorrhagie. Mort (1).

Le 3 mars de cette année, un jeune Polonais âgé de 26 ans entrant dans mon service, pour se faire traiter d'un vaste abcès situé sur la partie latérale gauche de la poitrine. L'origine de cet abcès remonte à 1863. A cette époque, ce jeune homme servait comme volontaire dans l'insurrection polonaise. Dans une rencontre, il a reçu des

1. La pièce est déposée au musée Dupuytren.

2^e série. — TOME IX.

coups de crosse de fusil dans la région thoracique gauche, violence qui a amené une fracture de côtes. Il fut très-bien remis en apparence des accidents graves qu'il avait éprouvés à la suite de ses blessures, quoiqu'il ait conservé une déformation de la poitrine du côté gauche et une gêne plus ou moins grande de la respiration. Il y a six mois, sa santé s'est altérée, et bientôt il vit paraître un abcès sur la partie latérale gauche de la poitrine, au niveau de l'omoplate.

Lorsque je le vis pour la première fois, je constatai : 1° l'abcès que j'ai signalé plus haut, ayant le volume du poing et de forme allongée suivant le sens des côtes ; 2° une matité considérable dans le côté gauche de la poitrine, excepté en avant et en haut, où il y avait de la sonorité ; 3° enfin un aplatissement du côté inférieur gauche, ce qui amenait une dépression thoracique de ce côté et par conséquent une espèce d'imbrication des côtes.

Le 4 mars, l'abcès fut ouvert en deux points, et un drain fut passé à travers le foyer de l'abcès. Au bout de quelques jours, je constatai que la septième côte était dénudée dans l'étendue de 2 centimètres environ, et que des esquilles se trouvaient dans le point de la dénudation. J'agrandis l'incision inférieure que j'avais déjà pratiquée, et j'étais en mesure d'enlever les esquilles mobiles, laissant en place celles qui me paraissaient adhérentes, dans la crainte d'ouvrir la cavité thoracique. Tout alla bien jusqu'au 13 mars. Mais au pansement du soir, l'interne constata une plus grande quantité de liquide dans le linge à pansement, qui exhalait une mauvaise odeur.

Le lendemain 14, je fis la même observation, et de plus je constatai que la poitrine était devenue sonore dans toute son étendue ; il n'y avait point de doute : la collection purulente intra-pleurale s'était vidée au dehors. Un stylet introduit dans le foyer où existaient encore des esquilles pénétra dans la cavité pleurale. Pour prévenir les accidents d'une infection putride, je me mis en mesure d'agrandir l'ouverture de ce vaste foyer, afin d'y pratiquer des injections détersives. En raison de l'imbrication des côtes, je compris tout de suite la possibilité de la lésion de l'artère intercostale ; mais j'espérais l'éviter en ne dépassant point la zone des tissus fibreux indurés par une longue inflammation. La petite incision que je pratiquai et qui n'avait pas plus d'un centimètre était dirigée en bas et en dehors. Il vint, à la suite de cette opération, un peu de sang artériel ; ce qui ne m'empêcha pas de faire des injections avec une solution de permanganate de potasse et de teinture d'iode étendue d'eau. Je laissai en place des esquilles dans la crainte d'amener quelque désordre en les arrachant. Une petite toupe de charpie, introduite dans le fond de la plaie, sus-

pendit la petite hémorrhagie qui venait de la partie postérieure de la plaie. J'étais convaincu que je n'avais intéressé qu'une branche minime de l'artère intercostale.

Le samedi soir et le dimanche 15, l'hémorrhagie se reproduisit, peu abondante en apparence; mais le malade, déjà affaibli, succomba le dimanche soir à la suite d'une syncope.

A l'autopsie, nous avons constaté : 1° que le poumon gauche était refoulé en haut et en avant; 2° qu'il existait une grande cavité pleurale tapissée de fausses membranes granuleuses; 3° que cette plèvre et les fausses membranes qui la tapissaient n'étaient point très-épaisses au niveau de la nécrose partielle de la neuvième côte; 4° que les esquilles résultant de la nécrose de la neuvième côte occupaient, dans l'étendue de 1 à 2 centimètres, toute la portion de la côte; 5° enfin que ma petite incision, partant du foyer de la nécrose, avait coupé l'artère intercostale dans le point où elle est abritée par la partie inférieure de la côte. Pouvait-on prévenir un pareil accident? Il est bien évident que si l'hémorrhagie s'était produite au moment de l'opération, je n'aurais pas hésité à aller à la recherche du bout postérieur du vaisseau, le seul qui pût être intéressé, et à en pratiquer la ligature; la chose eût été difficile en raison de l'effacement de l'espace intercostal; mais, dans ce cas, on n'avait rien à craindre de côté de la cavité pleurale, puisqu'elle était ouverte. Toutefois, on comprend que, en présence de cette difficulté opératoire, l'interne du service ait préféré recourir à la compression, laquelle, n'ayant pas lieu du dedans au dehors, devait naturellement favoriser l'hémorrhagie dans la cavité pleurale. Les hémorrhagies par suite de la lésion de l'artère intercostale sont rares. A ce point de vue, mon observation présente quelque intérêt. Je la rapprocherai d'un autre fait du même genre observé par M. Thierry. (*Bulletin de la Société anatomique*, tome III, page 151).

Il s'agit d'un homme qui, voulant se suicider, se donna un coup de serpette au-dessous du mamelon gauche. Il en résulta une plaie transversale irrégulière, d'un pouce et demi, par laquelle s'écoulait une petite quantité de sang. Rien n'annonçait une lésion du tissu pulmonaire. On comprima la poitrine. Deux heures après, le malade était pâle, décoloré, le pouls petit et fréquent, respiration anxieuse, matité du côté gauche de la poitrine. On diagnostiqua une blessure de l'artère intercostale et un épanchement thoracique. La mort et l'autopsie qui fut faite démontrèrent l'exactitude du diagnostic qui avait été porté.

M. DESPÉZIS. Dans ce cas, il s'agissait d'une fistule thoracique. On

a voulu agrandir la fistule avec le bistouri, et on a eu un accident très-grave. Je crois qu'en pareil cas il serait préférable d'employer des corps dilatants.

M. LECOUVRE. Je ne m'associe pas à la manière de voir de M. Després. Il est des cas, et celui-ci était de ce nombre, dans lesquels il faut faire un large débridement; mais il doit arriver très-rarement de léser l'artère intercostale. Je pense qu'en pareille circonstance il serait préférable de faire un débridement suivant le sens des côtes.

M. DESPRÉS. Dans le cas actuel, il était impossible de faire une incision suivant les règles, parce qu'il y avait une inflexion des côtes qui avait changé tous les rapports. Les rapports étant changés, on peut toujours blesser l'artère dans cette région. J'insiste sur l'utilité de la dilatation. Il n'y a pas de fistule qui résiste à l'emploi de ce moyen pendant vingt-quatre heures.

M. LARREY. Je suis porté à croire qu'il y a eu ou une anomalie, ou une déviation pathologique qui a été cause de l'accident. La disposition normale de l'artère intercostale la met presque à l'abri des blessures, et dans les ouvrages de chirurgie, l'on trouve un plus grand nombre de moyens proposés pour remédier à ces hémorrhagies, qu'il n'y a d'observations nettement avérées de cet accident. Un ancien élève du Val-de-Grâce, M. Charles Martin, a soutenu une excellente thèse sur *les lésions traumatiques des artères intercostales*. Dans ce travail, on peut trouver la plupart des documents relatifs à cette question.

M. DEMARQUAY. Ce fait est très-étonnant. Il existait une grande déformation de la poitrine et un aplatissement des côtes. J'ai été frappé de la difficulté qu'il y avait à donner écoulement au liquide contenu dans la poitrine. Je n'ai pas voulu enlever les esquilles, de peur de déchirer l'artère, et j'ai fait un très-petit débridement, tout en étant très-préoccupé de la blessure possible du vaisseau.

La dilatation n'était pas possible, en raison de la déformation de la poitrine; pour la pratiquer, il eût fallu préalablement faire une résection des deux extrémités de la côte.

M. PANAS. En 1858, alors que j'étais interne dans le service de M. le professeur Laugier, j'ai observé un cas très-extraordinaire de lésion traumatique de l'artère intercostale.

Il s'agit d'une hémorrhagie mortelle ayant succédé à la blessure d'une artère intercostale par suite d'une fracture de côte. Lorsque le malade fut apporté à l'hôpital, il respirait très-difficilement et présentait une pâleur excessive. Il y avait de l'emphysème sous-cutané et une matité assez étendue. On pensa que le malade avait une pleu-

ésie, et l'on ordonna une saignée. Le malade mourut au bout de six à sept jours, et à l'autopsie, on trouva une artère intercostale déchirée par un fragment de côte et du sang pur accumulé en grande abondance dans la plèvre.

Chez le malade de M. Demarquay, un morceau de la côte supérieure manquait. C'est là que l'incision a porté, et l'on comprend que l'instrument ait facilement atteint l'artère.

M. CHASSAIGNAC. La blessure d'une artère intercostale est une des lésions les plus graves que la chirurgie puisse présenter, et c'est là ce qui explique combien sont nombreux les moyens proposés pour y remédier. Sur le cadavre, quand on veut chercher à lier l'artère, on peut à peine y arriver.

Depuis quelque temps, en Angleterre, on traite les fistules pleurales par l'introduction d'un tube à drainage, et l'on obtient des résultats très-remarquables. L'emploi du tube, substitué à l'empyème, constitue une bonne opération. Dans le cas actuel, on eût pu faire entrer un tube par l'orifice de la fistule, et le faire sortir dans un point plus ou moins éloigné.

L'opération de l'empyème n'avait jamais donné de succès à Astley Cooper, et Dupuytren, sur cinquante-deux cas, avait eu cinquante et une morts.

M. DEMARQUAY. La dilatation, je l'ai déjà dit, était impossible. Quant à introduire un drain, je n'y pouvais songer, parce que les côtes étaient imbriquées. La seule chose à faire était de donner cours, à l'aide du bistouri, au liquide contenu dans la cavité pleurale.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dr LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 1^{er} AVRIL 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Une lettre de madame veuve Follin, qui offre à la Société le microscope et un très-beau portrait de Follin. — Le secrétaire général est chargé d'adresser à madame Follin les remerciements de la Société.

— Une lettre de M. Paulet, qui se porte candidat à la place de membre titulaire actuellement vacante.

— Les journaux de la semaine : la *Gazette médicale de Strasbourg* ; le *Sud médical* ; le *Bulletin de thérapeutique*.

— *Études sur les médications arsenicale et antimoniale, et sur les maladies du cœur*, par le docteur Papillaud.

— Le deuxième fascicule des *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants*, par M. Giraaldès, membre titulaire.

M. DEMARQUAY présente de la part de M. Augé, médecin à Pithiviers, une observation de rupture centrale du périnée pendant l'accouchement. Cette observation vient à l'appui des idées défendues par M. Depaul.

Rupture centrale du périnée pendant l'accouchement, sortie de l'enfant par cette perforation.

Madame X... est une femme forte, sanguine, vigoureuse. Mariée depuis un an, elle est accouchée, le 29 septembre 1851, par une sage-femme, et met au monde une fille bien constituée, d'un volume et d'un poids ordinaires. Pendant le travail, les douleurs avaient bien marché; elles étaient fréquentes et aiguës. Cependant la sage-femme lui administre du seigle ergoté; puis elle s'endort auprès de sa malade. Une douleur subite, bien plus violente que les précédentes, arrache un grand cri à la patiente. L'enfant venait d'être expulsé brusquement.

L'accouchée ressentant une douleur au périnée et une cuisson pénible, qui persistent le lendemain et le surlendemain, me fait appeler.

Je constate, entre la vulve et l'anus, une large plaie verticale, à bords déchiquetés, saignants, se rapprochant à leurs extrémités, mais écartés au centre, et s'étendant de l'une à l'autre commissure, vulvaire et anale, sans les intéresser. Une injection, poussée dans cette plaie, refne par le vagin; le doigt, introduit dans le vagin, rencontre sur la paroi postérieure de ce canal l'orifice supérieur de la déchirure. La vulve est étroite, et n'a subi aucune dilatation pendant le travail de l'accouchement. L'enfant était passé au travers du plancher périnéal, expulsé violemment par une contraction énergique de l'utérus.

Je m'empressai de rassurer la malade sur les suites de cet accident; en effet, il suffit d'injections, de pansements à plat et de lavages, pour amener l'occlusion de cette large plaie. Cependant la guérison ne fut complète qu'au bout de quatre mois et demi; et il resta dans le vagin, sur sa paroi postérieure, une induration longitudinale, formée par la cicatrice.

Il est certain que l'administration intempestive du seigle ergoté chez cette dame, qui est forte, d'un tempérament sanguin, bien musclée, et dont les douleurs étaient régulières, a été la cause de la rupture du périnée. Les circonstances anatomiques qui m'ont paru l'avoir favorisée, sont une ampleur anormale du périnée, et la direction particulière de la vulve, qui, chez elle, se trouve tout à fait portée en avant. Ce sont du reste les dispositions que MM. Depaul et Blot viennent de signaler à la Société impériale de chirurgie.

Depuis cet accident, madame X... a mis au monde trois enfants. Je l'ai accouchée, et chaque fois, le travail de l'accouchement a été régulier, et n'a même pas été ralenti par l'induration cicatricielle du vagin.

RAPPORT.

Rapport sur le mémoire de M. Paulet, intitulé : Étude sur les suites immédiates ou éloignées des lésions traumatiques des nerfs.

M. TILLAUX lit le rapport suivant :

Messieurs, dans une de vos dernières séances, M. le docteur Paulet vous a lu un mémoire intitulé : *Étude sur les suites immédiates ou éloignées des lésions traumatiques des nerfs*. Vous l'avez tous écouté avec un si vif intérêt que je suis certain de vous être agréable en vous entretenant de ce très-intéressant travail.

Permettez-moi de retracer rapidement l'historique de la question si

complexe des lésions traumatiques des nerfs. Il me sera plus facile ensuite d'exposer le problème qu'a posé devant vous M. Paulet.

Pendant une longue suite de siècles, on a professé que la régénération des nerfs était impossible ; il ne venait même pas à l'esprit que le contraire pût exister ; aussi ne cherchait-on pas à résoudre cette question, et c'est le hasard seul qui, en 1776, mit Cruikshank, le collaborateur de John Hunter, sur la voie de la vérité.

Faisant les expériences sur l'action des nerfs intercostaux, il remarqua qu'une substance analogue au tissu nerveux réunissait les deux bouts d'un des nerfs qu'il avait coupé. Frappé de ce fait, il répéta souvent ses expériences et put déposer dans le musée de Hunter un pneumo-gastrique régénéré.

Si Cruikshank avait donné la preuve anatomique de la régénération des nerfs, Haishton en fournit la preuve physiologique. Sur un chien, il coupe un pneumo-gastrique, l'animal continue à vivre ; six semaines après, il coupe le pneumo-gastrique de l'autre côté et l'animal se rétablit. Il coupe plus tard sur le même chien deux pneumo-gastriques en même temps, et l'animal succombe. La démonstration était évidente. Ce n'est cependant qu'en 1838 que le mode de régénération des nerfs fut définitivement établi par Steinerüeck. Depuis cette époque, on a pu suivre pas à pas la reproduction de tubes nerveux nouveaux entre les deux bouts d'un nerf divisé.

Mais la question était loin d'être épuisée. Un physiologiste anglais, Waller, fit en 1850, à l'Académie des sciences, cette surprenante révélation : Toutes les fois qu'un nerf a été coupé, le bout périphérique, celui qui n'a plus de rapports avec son centre trophique, subit une dégénération complète. La substance médullaire se fragmente, se dissocie et ne tarde pas à se réduire en granulations d'une extrême ténuité ; la membrane de Schwann se plisse, se ratatine sur le cylindre axe qui disparaîtrait lui-même suivant Waller. Plus tard, après un temps variable, lorsque la continuité des deux bouts est rétablie, un travail réparateur se produit, la myéline reparait dans la gaine du cylindre axe et le nerf recouvre toutes ses propriétés physiologiques.

Cette découverte inattendue a jeté une vive lumière sur certains faits cliniques jusqu'alors inexplicables. Pour n'en citer qu'un exemple, M. Duchenne (de Boulogne) avait constaté ce fait en apparence paradoxal, qu'une paralysie traumatique guérissait d'autant mieux sous l'influence de l'électricité qu'un certain temps s'était écoulé depuis le moment de l'accident. Il est facile de comprendre et d'expliquer aujourd'hui ce résultat singulier.

C'est là, Messieurs qu'en est actuellement la science.

1° Lorsqu'un nerf a éprouvé une solution de continuité simple ou une perte de substance peu étendue, des tubes nerveux de formation nouvelle, s'interposant entre les deux bouts, les réunissent ;

2° Le bout périphérique d'un nerf sectionné subit nécessairement une dégénération complète et se régénère ensuite, si l'on observe les conditions nécessaires à cette régénération.

La physiologie nous enseigne que le bout périphérique d'un nerf sectionné a perdu toutes ses propriétés conductrices, et qu'en conséquence les parties auxquelles il se distribue sont privées de sentiment et de mouvement jusqu'à ce que les deux bouts soient réunis. C'est ici qu'intervient le travail dont j'ai l'honneur de vous rendre compte.

Vous vous rappelez, Messieurs, l'observation lue par M. Laugier à l'Académie des sciences le 13 juin 1864. M. Laugier suturait les deux bouts d'un nerf médian divisé la veille, et dès le soir même la sensibilité avait reparu dans les points paralysés. Ce résultat extraordinaire fut attribuée à la réunion immédiate, et M. Laugier crut pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1° Après la suture d'un nerf coupé, la sensibilité et les mouvements des parties auxquelles il se distribue peuvent se rétablir d'une manière très-notable en un petit nombre d'heures ;

2° Le retour des fonctions est rapidement progressif ;

3° Il est successif, c'est-à-dire que la sensation tactile et les mouvements sont obtenus avant certaines sensations, par exemple, celle de douleur et de température.

M. Houel vous faisait bientôt connaître un fait tiré de la pratique de M. Nélaton, présentant avec le précédent une analogie marquée ; malgré les raisons qu'invoque M. Paulet, je persiste à croire que l'interprétation donnée à ces deux cas est passible d'une sérieuse critique. S'ils étaient les seuls qu'eût rapportés M. Paulet, j'essayerais de vous démontrer qu'ils ne s'éloignent pas absolument de la règle générale. Mais, Messieurs, admettons dans les deux faits précédents un rétablissement fonctionnel d'une rapidité extrême, au moins les deux bouts du nerf divisé avaient-ils été mis et maintenus en contact à l'aide d'une suture, en sorte que la réunion immédiate invoquée par MM. Nélaton et Laugier, aurait pu à la rigueur être obtenue.

Cette réunion immédiate n'a jamais été rencontrée dans les expériences, mais fut-elle constatée chez l'homme, qu'il n'y aurait là rien de contraire aux lois connues de la physiologie et de la pathologie.

Il n'en est plus de même des autres faits contenus dans le travail

de M. Paulet. Toutes les fois qu'un nerf périphérique ne communique plus avec les centres nerveux, la partie à laquelle se distribue ce nerf est frappée de paralysie; cette paralysie persiste indéfiniment tant que la continuité n'est pas rétablie. C'est là, dans l'état actuel de la science, une vérité qui paraissait inattaquable. Eh bien ! les observations de M. Paulet sont de nature à ébranler la foi la plus robuste.

Permettez-moi de vous rappeler en quelques mots l'observation que M. Paulet a lue devant vous.

Un Polonais, pendant la dernière guerre contre la Russie, reçut une balle dans le coude gauche. Le nerf cubital fut atteint et toutes les parties auxquelles il se distribue furent privées de mouvement et de sentiment. Quatre mois après, apparut une névralgie d'abord limitée au coude et bientôt étendue à tout le trajet du nerf.

Le blessé entra dans le service de M. Paulet le 6 octobre 1864, quinze mois et demi après la blessure. Pâle, amaigri, profondément découragé, le malade était en proie à des douleurs excessives qui revenaient par accès presque chaque nuit.

Après avoir essayé en vain les calmants ordinaires, M. Paulet se décide à pratiquer la résection du nerf cubital. Deux centimètres de ce nerf furent enlevés au niveau du coude, et immédiatement toute sensibilité disparut sur son trajet; le malade était guéri de ses atroces douleurs. Mais quel ne fut pas l'étonnement de M. Paulet quand, le quatrième jour de l'opération, il constata que la névralgie était revenue aussi violente qu'auparavant. Cet état a persisté depuis.

Il est évident, Messieurs, que ce fait extraordinaire est en opposition avec les données physiologiques. La continuité du courant nerveux s'est rétablie en quatre jours entre les branches terminales du nerf cubital et le centre nerveux. Or, il n'est pas possible que la transmission ait eu lieu par le tronc du nerf, puisque le bout supérieur était séparé de l'inférieur par un intervalle d'au moins deux centimètres. Il n'y a pas là moyen d'invoquer la réunion immédiate comme dans le cas de MM. Nélaton, Laugier, Paget.

M. Paulet rapporte encore une observation très-concluante due à MM. Leudet et Delabost, publiée en 1864. Il s'agit d'un homme sur lequel on constata, trente-sept ans après l'accident, que les deux bouts du nerf médian, divisés jadis, n'étaient pas réunis et cependant la sensibilité et la motilité n'avaient pas disparu.

Du reste, Messieurs, notre collègue M. Vernicil a déjà posé la question devant vous, à propos de faits qui lui sont personnels et dont vous n'avez sans doute pas perdu le souvenir. Le Mémoire de M. Paulet est riche de faits analogues.

Voilà donc, dit l'auteur en terminant son très-instructif travail, dix-huit cas de névrotomie avec résection, dans lesquels les fonctions se sont rétablies quelquefois au bout d'un temps très-court, d'autres fois après plusieurs mois il est vrai, mais alors que la perte de substance faite au tronc nerveux égalait trois ou quatre pouces, ce qui exclut toute possibilité de restauration d'après les lois posées par la physiologie. Enfin, dans certains cas, la résection d'un nerf important n'a troublé en rien la sensibilité ni le mouvement volontaire.

Faut-il conclure de ces observations que les données classiques de la physiologie sont inexactes? Que chaque tronc nerveux n'a pas la propriété de distribuer la motilité et la sensibilité à certaines parties du corps bien déterminées? Non, sans doute; tout porte à croire que les faits de M. Paulet et ceux qui lui ressemblent ne sont que des exceptions. Mais enfin ces faits existent et nous pouvons en conséquence émettre, sans craindre un démenti, la proposition suivante :

Une partie du corps peut conserver sa sensibilité, bien que le tronc nerveux qui s'y distribue ne communique plus avec l'encéphale.

C'est à cette conclusion que conduit le mémoire de M. Paulet, c'est là le problème qu'il a posé devant vous.

Pas plus que l'auteur, Messieurs, je n'ai la prétention de le résoudre. L'esprit est tout de suite porté à admettre des anastomoses terminales des nerfs; mais, malgré quelques résultats obtenus dans ce sens par M. le professeur Robin, ces anastomoses sont encore à l'état d'hypothèse purement gratuite; et d'ailleurs, fussent-elles démontrées que l'on ne concevrait pas pourquoi la sensibilité tarde plusieurs jours et quelquefois plusieurs mois à se manifester de nouveau.

Je ne ferai que vous rappeler la remarque suivante faite par M. Duchenne (de Boulogne). Les nerfs semblent jouir d'une certaine solidarité; il n'est pas rare de voir à demi paralysés des muscles animés par les nerfs voisins de celui qui a subi une lésion. Il suffit également de signaler cet autre fait. C'est que, quand on ébranle la partie explorée, un filet nerveux du voisinage peut très-aisément percevoir la sensation de contact ou de température, sensation qui sera rapportée à tort au nerf blessé. Je ne crois pas que ces observations suffisent à expliquer les faits que vous a signalés M. Paulet.

J'en dirai autant, Messieurs, des expériences si curieuses de MM. Philippeaux et Vulpian. Ces physiologistes ont démontré, contrairement à l'opinion de Waller, que la réunion des deux bouts d'un nerf divisé n'est pas toujours indispensable à la régénération du bout périphérique. Les nerfs sont doués d'une propriété propre, la *neurilité*, d'un pouvoir autogénique qui les fait se régénérer bien que séparés

de leur centre trophique. Mais les nerfs n'en sont pas moins impuissants à transmettre les volitions ou les impressions au cerveau puisqu'ils n'y aboutissent plus.

C'est donc là un sujet obscur, difficile, qui mérite d'occuper chirurgiens et physiologistes.

Que vous dirai-je, Messieurs, du Mémoire dont j'ai l'honneur de vous rendre compte ? Que c'est l'œuvre d'un homme très-érudit, très-conscientieux, observateur rigoureux et intelligent. M. Paulet est professeur agrégé au Val-de-Grâce et, connu de vous tous par d'importantes publications, je vous propose donc de :

1° Publier dans nos Mémoires le travail de M. Paulet ;

2° Inscire l'auteur sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de notre société.

DISCUSSION.

M. LIÉGEAIS. Mon attention a été appelée sur des faits analogues à ceux qui ont été rapportés dans le Mémoire de M. Paulet, lorsque je faisais des expériences sur les nerfs périphériques, pour démontrer la dégénérescence du bout inférieur, indiquée par Waller. Sur un chien, j'avais coupé le nerf sciatique très-haut, au niveau de sa sortie du bassin. Après un mois, la sensibilité était rétablie; je fis l'autopsie de l'animal, et je constatai que les deux bouts du sciatique étaient écartés de 5 à 6 centimètres. Je ne pus trouver aucune trace d'anastomose, et, je le répète, la sensibilité était parfaite. Les muscles électrisés se contractaient rapidement, et l'examen microscopique démontra l'état d'intégrité complète du tissu musculaire. Le tissu nerveux était également à l'état normal; j'ai voulu répéter cette expérience dans diverses régions, et il m'a été impossible de constater de nouveau ce fait exceptionnel. Dans toutes mes autres tentatives, j'ai observé une paralysie complète et la dégénérescence wallérienne.

Faut-il invoquer dans ces cas l'existence d'anastomoses ? Panizza, le premier, avait appelé l'attention sur le retour de l'influx nerveux par les anastomoses. Il avait fait remarquer, pour appuyer son dire, que lorsque l'on coupait l'une ou même deux des trois racines d'origine des nerfs du membre inférieur chez la grenouille, le mouvement persistait dans tout le membre; il ne disparaissait qu'alors que les trois racines avaient été sectionnées.

Assurément, on est étonné en lisant les faits rapportés par M. Paulet. Il n'est pas douteux qu'il y ait des anastomoses, mais il faudrait les trouver. Elles peuvent être nombreuses, et peut-être ne les a-t-on pas assez recherchées.

Il existe certaines anastomoses dont nous ne nous rendons pas bien compte : ce sont celles de la paume de la main. A ce niveau, il existe des filaments nerveux qui se confondent, et l'on comprend, jusqu'à un certain point, que les réseaux périphériques transmettent la sensibilité.

M. LEFORT. Dans l'observation qui est personnelle à M. Paulet, l'on nous dit bien que la névralgie a reparu, malgré la résection du nerf, mais qu'était devenue la sensibilité ?

M. TILLAUX. La sensibilité avait disparu en même temps que la névralgie; elle a reparu alors que la névralgie a été de nouveau observée.

M. LEFORT. J'ai observé dernièrement une malade qui a eu, il y a deux ans, une fracture de la clavicule. A la suite de cet accident s'est produite une paralysie de la motilité et de la sensibilité de tout le membre, sauf de la partie qui est animée par le nerf médian. Lorsqu'on voulait faire exécuter des mouvements à la malade (mouvements volontaires ou communiqués), celle-ci éprouvait des douleurs atroces, et cependant il s'agissait de parties paralysées.

M. DEMARQUAY. J'ai pratiqué deux fois la section du nerf sous-orbitaire pour remédier à des douleurs atroces.

Dans le premier cas, j'ai fait l'opération par la méthode sous-cutanée. Immédiatement la douleur a disparu, et la lèvre supérieure est devenue insensible; mais après quelques jours, la douleur et la sensibilité avaient reparu.

La seconde fois, j'ai découvert le nerf sous-orbitaire et j'ai enlevé un tronçon de ce nerf; immédiatement encore la douleur a cessé, et la sensibilité de la lèvre supérieure a disparu. Au bout de quinze jours, trois semaines, quelques douleurs étaient revenues; d'abord peu intenses, elles offrirent bientôt un caractère d'acuité aussi considérable qu'avant l'opération.

M. LEGUEST. Les faits de la nature de ceux que nous signale M. Demarquay ne sont pas très-rares; M. Gherini, de Milan, dans un Mémoire qu'il a communiqué à la Société de chirurgie, nous a fait connaître un grand nombre d'observations analogues.

MM. Tillaux et Liégeois paraissent disposés à prendre les faits de M. Paulet pour des exceptions. Je pense qu'ils ne sont pas aussi rares qu'ils semblent le croire.

Je prends occasion de cette discussion pour faire connaître un cas intéressant de lésion du nerf médian, que j'ai observé l'année dernière dans ma pratique :

M. X..., s'étant levé la nuit et voulant descendre son escalier sans

lumière, fit une chute violente. Il se produisit une fracture de l'avant-bras, une luxation du coude avec issue de l'extrémité inférieure de l'humérus. L'artère humérale et le nerf médian furent rompus.

On avait tamponné la plaie et résolu de faire l'amputation.

Appelé auprès du blessé, je me décidai, après m^{er} examen, à conserver le membre. Je liai l'artère humérale au dessus et au-dessous de la plaie.

Le nerf médian flottait dans la plaie, déchiré, contus. J'annonçai au malade qu'il perdrait l'usage du pouce, de l'indicateur, du médius et la partie externe de l'annulaire. Cependant, un mois après l'accident, on pouvait constater le retour complet de la sensibilité dans ces parties.

M. LEFORT. Dans le fait rapporté par M. Legouest, il y a eu évidemment régénération des nerfs après réunion. Ce qui est extraordinaire, c'est le retour de la sensibilité, alors que la réunion n'a pu avoir lieu.

M. BROCA. Lorsqu'on se sert du mot *anastomose*, à propos de filets nerveux, il faudrait bien s'entendre. Ceux qui emploient ce mot veulent sans doute parler d'accolement de filets nerveux, car il n'existe pas d'anastomose bout à bout, d'anastomose analogue à celle des vaisseaux artériels. Il est admis, en effet, que le cylindre axe d'un tube nerveux ne communique jamais avec le cylindre axe d'un autre tube nerveux. Cette hypothèse de la communication des tubes nerveux, à la manière des vaisseaux sanguins, serait sans doute très-commode pour expliquer certains phénomènes de retour de la sensibilité et du mouvement, mais elle est en opposition avec toutes les données actuelles de la science.

M. LIEBOWITZ. Je m'étonne d'entendre M. Broca nier les anastomoses par fusion des tubes nerveux. Aujourd'hui, il est établi dans la science que les anastomoses par fusion existent aussi bien dans les centres nerveux que dans les nerfs périphériques. Les fibres nerveuses réduites à leur cylindre axe se divisent et s'anastomosent entre elles. Cette disposition est la seule qui puisse rendre compte de la sensibilité qui existe sur chaque point de la peau.

M. TILLAUX. Les anastomoses nerveuses ne sont pas démontrées; si elles existaient, on devrait les trouver toujours. Quand les fonctions nerveuses ne se rétablissent pas après la lésion d'un nerf, faut-il donc en conclure que les anastomoses n'existaient pas? Ce serait absurde. En outre, s'il existe des anastomoses, comment se fait-il que le courant nerveux ne se rétablisse pas immédiatement, mais des

ours, des semaines, des mois après l'accident? L'hypothèse des anastomoses laisse la question dans toute son obscurité.

M. BROCA. Il ne peut être question ici que des anastomoses produites par des filets qui se détachent d'un tronc pour aller s'accoler à un autre et aller se distribuer avec lui. Ces anastomoses expliquent bien des faits. Ce sont là, en quelque sorte, des filets nerveux aberrants qui ont pris une fausse voie pour se rendre à leur lieu de distribution et qui, plus tard, rentrent dans le chemin normal. Suivant la disposition de ces filets, les résultats que l'on observe à la suite de la section du tronc principal peuvent varier à l'infini.

C'est là la seule manière d'expliquer l'irrégularité des phénomènes observés. C'est une anomalie anatomique qui rend compte d'une anomalie physiologique.

Après cette discussion, les conclusions du rapport de M. Tillaux sont mises aux voix et adoptées.

NOMINATION DE COMMISSION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'une commission destinée à examiner les titres des candidats à une place de membre titulaire de la Société de chirurgie.

Cette commission sera composée de MM. Gueniot, Liégeois, Dolbeau.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Enfant affecté de bec-de-lièvre double compliqué.

M. DEMARQUAY présente une jeune fille de 5 à 6 ans, affectée d'un bec-de-lièvre double dont l'opération présente des difficultés très-sérieuses, sur lesquelles il appelle l'attention de ses collègues. 1° L'écartement entre les deux maxillaires est considérable et de plus ces deux derniers sont atrophiés; 2° l'os intermaxillaire, surmonté de deux dents, présente une saillie considérable et de plus il est fortement incliné à droite, ce qui tient à une fracture du vomer qui a eu lieu l'année dernière à la suite d'une chute de l'enfant; 3° le lobule médian est très-petit, il est tout à fait adhérent à l'extrémité du nez; il est petit, ratatiné. L'enfant est d'ailleurs délicate, et, ajoute M. Demarquay, quel que soit le procédé que l'on adopte, il y a des craintes sérieuses à avoir quant à l'hémorrhagie, et voilà pourquoi il demande l'avis de ses collègues.

Suit la discussion à laquelle prennent part MM. Broca, Giralès, Guersant, Depaul. Après la discussion, M. Demarquay ajoute : L'in-

térêt que présente cet enfant ne dépend pas seulement du mal qu'il présente, mais bien plus encore de son origine. Il appartient à une famille dont l'histoire sera faite par un de mes anciens élèves, M. le docteur Cyr. En attendant, je mets sous les yeux de mes collègues l'arbre généalogique de cette famille fait par un interne distingué, M. Bourdillat. Le père et la mère de cet enfant se portent bien, ils ont eu trois enfants, et deux de ces enfants sont nés avec un bec-de-lièvre; le troisième n'a point de bec-de-lièvre, mais il présente le vice de conformation de la lèvre inférieure que j'ai décrit en 1845 (*Gazette médicale* et article *Bec-de-lièvre* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*). Ce vice de conformation consiste surtout dans une forme de la lèvre inférieure et dans la présence de deux petites ouvertures situées sur chaque côté de la ligne médiane, et dans lesquelles pénètre facilement un stylet, qui arrive ainsi jusque sous la muqueuse labiale et vient faire saillie au niveau du frein. J'ajouterai, dit M. Demarquay, que la mère de cet enfant est née d'un père et d'une mère bien portants, qui ont eu huit enfants. Sur les huit enfants, deux sont nés avec des becs-de-lièvre, à savoir un garçon et une fille. Celle-ci est morte à huit mois. Le fils vit, s'est marié, et il a eu deux enfants sains. Sur les six enfants restant, deux ne sont pas mariés. Parmi les quatre mariés, deux ont eu des enfants sains; les deux autres, qui sont deux femmes, se sont mariées: l'une est la mère de l'enfant que je viens de vous présenter, et l'autre en a eu huit. Eh bien, ces huit enfants joints aux trois de sa sœur forment le chiffre de onze enfants qui tous sont nés, soit avec un bec-de-lièvre, soit avec le vice de conformation de la lèvre inférieure, sur lequel j'ai appelé votre attention. Quelquefois, les deux vices de conformation sont réunis sur le même sujet. Cet enfant est le quatrième que je vois opérer de la même famille. J'ai poussé plus loin mes investigations, et j'ai appris que du côté du grand-père de ces enfants, il y avait déjà des antécédents sur lesquels je ne puis donner des détails circonstanciés, ce que fera mon jeune confrère Cyr. J'ajouterai en terminant que le vice de conformation que j'ai décrit en 1845; je l'avais également trouvé dans une famille où le bec-de-lièvre est héréditaire. Ces faits prouvent évidemment ce que j'ai cherché à démontrer en 1845, et récemment dans mon article *Bec-de-lièvre*, que dans certaines circonstances ce vice de conformation naît sous l'influence de l'hérédité.

DISCUSSION.

M. BACA. M. Demarquay a-t-il l'intention d'enlever le tubercule osseux médian?

M. DEMARQUAY. Non.

M. BAUCA. J'ai, l'année dernière, conservé un tubercule osseux assez volumineux, dans un cas de bec-de-lièvre compliqué, et j'ai obtenu un succès très-complet chez un enfant de deux mois et demi.

Dans le cas actuel, le volume des dents rend le succès problématique, car il sera peut-être impossible d'aviver le tubercule osseux.

Je ferais une tentative qui consisterait à enlever une portion de la cloison, et je repousserais le tubercule en arrière.

Dans le cas dont je viens de parler, après avoir ainsi refoulé en arrière le tubercule osseux, j'ai avivé ses bords et j'ai fait la suture métallique des os. L'os a repris. Il y a quelques jours, le père de l'enfant, qui est médecin, m'a fait savoir que la soudure était véritablement osseuse. L'opération a été faite à la fin d'avril 1867.

Le seul inconvénient qu'il y ait à agir ainsi, c'est que le tubercule cutané forme une saillie sous le nez.

M. CHASSAIGNAC. Je crois qu'en tentant la conservation de cette partie osseuse qui me paraît mobile, on se créera des difficultés. Je préférerais avoir recours à une pièce artificielle pour combler la lacune qui persisterait derrière la lèvre dans le cas où l'on obtiendrait une réunion solide des parties molles.

Pour pouvoir réunir dans ce cas, il faudra décoller les parties molles au niveau des os maxillaires; or, chez cette enfant, il existe une tache érectile considérable du côté gauche de la face, aussi doit-on être préoccupé de la possibilité d'une hémorrhagie.

M. GIRALDÈS. Il existe là, comme dans tous les cas de cette nature: atrophie des os maxillaires supérieurs et hypertrophie de l'os intermaxillaire. Si on laisse le tubercule en place, quelque procédé que l'on emploie, on aura toujours une difformité produite par la saillie de l'os intermaxillaire, en avant des maxillaires. Je commencerais par exciser le tubercule osseux, puis j'utiliserais le tubercule médian cutané.

Je ne voudrais pas faire de décollements, comme l'a indiqué M. Chassaignac. Lorsqu'on pratique ces décollements, on est exposé à voir la cicatrice déchirée par suite de l'action des muscles.

M. GUERSANT. J'ai opéré un cas de ce genre avec succès. J'ai enlevé l'os intermaxillaire, et j'ai eu soin de réséquer une partie de la cloison. Cette précaution est très-importante, parce qu'on peut alors baisser la pointe du nez et utiliser le petit lobule cutané pour faire la cloison.

M. GIRALDÈS. Le tubercule médian osseux reste toujours mobile, et je le répète, il y a grand inconvénient à le conserver.

M. DEMARQUAY. Chez les malades opérés par Blandin, il n'y avait pas eu de réunion. M. Debrou, dans un cas, avait avivé les os et n'avait pas non plus obtenu de réunion.

J'ai déjà opéré deux parents de cet enfant; j'ai enlevé l'os inter-maxillaire et j'ai bien réussi.

J'avais eu la pensée de faire l'opération en deux temps, à cause de la présence des artères qui viennent alimenter ce lobule et qui sont très-volumineuses.

M. DEPAUL. Je me rangerais volontiers à l'opinion de M. Giraldès et de ceux de nos collègues qui veulent que le tubercule osseux soit enlevé.

Je prie bien mes collègues de constater à quel degré de déformation est arrivée la bouche de cette enfant. Je soutiens que si on l'avait opérée quelques jours après sa naissance, l'opération eût été très-simple. On aurait pu conserver le tubercule médian. Aujourd'hui, la difformité qui succédera à l'opération sera presque aussi grande que celle qui existe actuellement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, Dr LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 8 AVRIL 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

- Les journaux de la semaine et les brochures suivantes :
- *Extraction des dents sans souffrance par le protoxyde d'azote*, par M. Preterre.
- *Sulla espulsione di un calcolo voluminoso dalla vescica urinaria di una donna di 54 anni*, par le professeur Gian Lorenzo Botto.
- *Sulla doppia irido enclesi nella cura del Keratocono*, par le professeur Gian Lorenzo Botto, et une lettre imprimée adressée à M. Botto par le professeur Floriano, de Parme.

La correspondance manuscrite se compose :

D'une lettre de M. Girard, interné à l'hospice Saint-André, de Bordeaux, demandant l'acceptation d'un pli cacheté. Le dépôt est accepté.

— M. VERNEUIL présente de la part de M. le docteur Hurel, des Andelys (Eure), le complément d'une observation communiquée autrefois à la Société par notre regrettable confrère Laborie, dans la séance du 29 août 1866.

Il s'agissait d'une tumeur du testicule, que M. Verneuil avait refusé d'opérer, croyant avoir affaire à un sarcocèle incurable. M. Laborie fit l'opération, et, d'après l'examen microscopique, pensa qu'il ne s'agissait pas d'un cancer, mais bien de tubercules.

M. Verneuil demanda que le malade fût suivi : il l'a été en effet. Opéré au mois de juillet 1866 et sorti guéri en apparence, il rentra à l'asile le 14 décembre et mourut le 27 février 1867, avec des masses cancéreuses dans le foie.

— M. VERNEUIL offre à la Société de chirurgie, de la part de M. Giambattista Borelli, un volume intitulé : *Raccolta di osservazioni clinico-patologiche*, vol. II, 1854-1867.

Ce volume traite des matières les plus variées : il renferme, entre autres, la série des mémoires manuscrits présentés à la Société de chirurgie en décembre 1867, par M. Verneuil, sur la *Taille médiane* ; la *Dilatation de l'urèthre* ; l'*Extraction des calculs chez la femme, sans opération sanglante* ; l'*Aмпutаtion de la jambe* ; la *Section sous-cutanée du muscle carré pronateur* ; la *Cure radicale des hernies* ; l'*Extraction des polypes naso-pharyngiens* et les *Moyens propres à dominer la mortalité après les grandes opérations chirurgicales*.

On y trouve une observation intéressante de *ténotomie sous-cutanée de l'anneau inguinal, pour la cure radicale de la hernie du même nom*.

Les faits contenus dans ce second volume soutiennent dignement la réputation que s'est faite M. Borelli comme chirurgien habile et instruit ; ils témoignent également de l'ingéniosité de son esprit.

— M. VERNEUIL communique, de la part de M. Louis Thomas (de Tours), une observation intitulée : *Fracture du tibia chez un sujet syphilitique*. — *Apparition de tumeurs gommeuses autour de la fracture*. — *Traitement ioduré*. — *Guérison*.

— M. LEGUEST communique une observation de *luxation du tendon du biceps brachial*, adressée par M. Fleury (de Clermont), membre correspondant.

Déplacement du tendon de la longue portion du biceps brachial provoqué par une extension brusque du bras,

Par M. FLEURY, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Clermont.

Un officier, âgé de cinquante-huit ans, grand et fortement constitué, montait un cheval ombrageux qui eut peur et s'emporta.

La bride se casse et, dans un bond que fait l'animal, la fausse rêne est portée sur sa tête.

M. X... allonge fortement le bras et parvient à la saisir; il peut ainsi maîtriser son cheval et l'arrêter.

L'engourdissement qu'il éprouve dans tout le membre le force bientôt à mettre pied à terre. Il veut regagner son domicile à pied, mais les douleurs qu'il ressent sont tellement vives qu'il est forcé de monter en voiture pour rentrer chez lui.

Je trouve le malade au lit; la pâleur de son visage indique une souffrance extrême. Les douleurs, me dit-il, ne sont cependant pas très-vives, mais elles lui *portent au cœur* et lui font craindre à chaque instant une syncope.

Dans les mouvements qu'il exécute pour changer de position, la main gauche soutient le coude, et ce n'est qu'avec la plus grande peine qu'il parvient à s'asseoir sur le bord de son matelas.

La pression exercée sur le membre est peu douloureuse; la saillie de l'épaule, la position du bras, la facilité avec laquelle on le rapproche du tronc, ne me laissent aucun doute sur l'état de l'articulation; il n'y a pas de luxation.

J'imprime à l'extrémité inférieure du bras un mouvement de rotation qui se transmet avec facilité à la main qui appuie sur le deltoïde. L'élévation et l'abaissement de l'humérus peuvent être exécutés sans douleur; cet os n'est donc pas brisé, mais un craquement se fait entendre autour de l'articulation, il est sec, rude et analogue à la crépitation que l'on perçoit lorsque l'on frotte deux surfaces osseuses.

Je crus à une fracture en un point quelconque, mais en soulevant le bras pour mettre le deltoïde dans le relâchement, le malade éprouve un soulagement instantané; toute trace de crépitation a disparu, les mouvements s'exécutent sans douleur, l'avant-bras qui était fléchi sur le bras peut être allongé; la guérison paraît complète.

Un changement aussi prompt ne se manifeste, en général, qu'après la réduction d'une luxation. Dans une fracture, si on met les deux fragments en contact, la douleur diminue mais ne disparaît pas aussi complètement. Évidemment un organe a repris sa place, je suppose

que ce ne peut être que le tendon de la longue portion du biceps, sorti de sa gaine ostéo-fibreuse dans le mouvement exagéré d'extension qu'a fait le blessé pour saisir la bride de son cheval. La douleur est en effet localisée maintenant à la partie supérieure et antérieure du bras.

Je conseille l'application de compresses imbibées d'un liquide résolutif et l'immobilité du membre.

Le lendemain l'amélioration persistait, les mouvements avaient repris toute leur étendue.

Que serait-il arrivé si le tendon n'eût pas repris sa place? Encore quelques heures, et du gonflement serait survenu, les douleurs auraient augmenté, les mouvements seraient devenus plus difficiles et on eût pu s'arrêter à l'idée d'une fracture de l'omoplate, puisque la clavicule et l'humérus avaient conservé leur intégrité.

Probablement, à la longue, le tendon du biceps se serait creusé une nouvelle cavité et les mouvements auraient fini par s'exécuter; mais au bout de combien de temps? Peut-être même les mouvements ne se seraient-ils jamais rétablis complètement si le tendon eût adhéré à l'humérus. Les auteurs que j'ai consultés parlent bien de la rupture du biceps, mais ils ne disent rien de son déplacement.

M. LECOUVRE, à la prière de M. Fleury, invite ses collègues à rapporter les faits analogues qu'ils auraient observés. Pour lui, sans affirmer l'existence de la luxation du tendon de la longue portion du biceps dans le cas précédent, il est porté à l'admettre. Il a vu, en effet, dans le cours de sa pratique, quelques luxations des tendons : notamment une luxation du tendon de l'un des péroniers sur la malléole externe, et une luxation de l'extenseur propre de l'indicateur en dedans de la tête du deuxième métacarpien.

Dans le premier cas, la luxation consécutive à une entorse du pied se produisait et se réduisait à volonté, en donnant lieu à un craquement très-manifeste. Dans le second, survenu à la suite d'une coupure, la luxation permanente dans l'extension du doigt se réduisait spontanément dans la flexion.

M. CLOQUET. Ces accidents sont rares. J'ai connu un individu qui pouvait, à volonté, produire la luxation en dedans ou en dehors du tendon du biceps.

M. CHASSAIGNAC. Il est assez difficile d'admettre un déplacement de la longue portion du biceps sans déplacement de la tête de l'humérus. Ce tendon n'est jamais luxé que lorsqu'il y a en même temps une luxation de l'os.

COMMUNICATION.

M. TILLAUX communique l'observation suivante :

**Plaie non pénétrante du cœur; plaie des deux poumons.
— Séjour d'une tige métallique longue de 16 centimètres,
large de 3 millimètres, pendant treize mois dans la cavité
thoracique.**

Les observations de plaie du cœur et surtout de plaie non pénétrante avec séjour prolongé du corps vulnérant sont assez rares pour que j'aie cru devoir communiquer le fait suivant; il n'est pas le moins intéressant de ceux qui sont consignés dans les annales de la science, et soulève d'ailleurs un point de pratique d'un haut intérêt sur lequel j'appellerai dans un instant votre attention.

Le 6 février 1867, je trouvais dans mon service à Bicêtre (Infirmerie de la division des aliénés) le nommé R..., âgée de 55 ans, entré le 14 septembre 1866, avec un certificat portant le diagnostic : Paralyse générale. Depuis son entrée il avait une fois attenté à ses jours en pratiquant une incision peu profonde dans la région sus-hyoïdienne.

Sa face pâle portait l'empreinte d'une anxiété extrême. Il était couché sur le côté droit, les deux cuisses fortement fléchies sur le bassin, le tronc courbé en avant de façon à mettre les muscles des parois thoraciques et abdominales dans le plus complet relâchement possible. Il respire avec difficulté et se plaint vaguement de souffrir dans le poirine.

L'examen du thorax me permit de constater une plaie extrêmement petite, ou plutôt une piqûre située à 5 centimètres au-dessous du mamelon gauche. A 2 centimètres en dehors et un peu au-dessus de cette piqûre existait un soulèvement énergique de la peau, isochrone aux pulsations artérielles; le doigt appliqué en cet endroit percevait manifestement le choc d'un corps étranger, arrondi, repoussé brusquement en dehors à chaque contraction du cœur. Emphysème de la paroi thoracique gauche et large ecchymose dans le point correspondant.

Le malade, qui était à ce moment en pleine possession de sa raison, raconta que la nuit précédente, voulant se donner la mort, il s'était introduit dans la poitrine une longue tige de fer. Il s'était pour cela placé dans la position où nous le trouvions, c'est-à-dire couché sur le côté droit, les cuisses et le tronc fléchis. Après avoir reconnu le point où le cœur battait, il y avait appliqué une tige de fer qu'il maintenait

rectiligne de la main gauche en pressant avec la main droite. Rencontrant une résistance assez vive pour traverser la peau, il s'était saisi de sa tabatière et avait pressé vigoureusement avec le couvercle sur le corps étranger. L'empreinte était, en effet, marquée sur la tabatière. La résistance de la peau, une fois vaincue, le malade n'avait ressenti, dit-il, aucune douleur en enfonçant la tige tout entière.

Quant aux symptômes, voici, Messieurs, ce que je dictais le jour même à l'interne du service :

L'abdomen est souple, non douloureux à la pression, excepté au voisinage du rebord des fausses côtes ; dans toute l'étendue qu'occupe l'emphysème, la moindre pression réveille les plaintes du malade, lesquelles indiquent plutôt une grande anxiété qu'une douleur très-aiguë. Aussi la percussion du thorax est-elle impossible, le malade s'agitant et criant au moindre contact.

La respiration est faible à gauche, ce qui est dû à la douleur qu'éprouve le malade à chaque inspiration.

Les bruits du cœur sont réguliers et normaux. On constate que les soulèvements isochrones de la peau par la tige de fer coïncident avec le premier bruit, c'est-à-dire avec la systole ventriculaire. Ces soulèvements sont très-énergiques et très-nets ; le corps étranger semble porté, à chaque contraction du ventricule, directement en avant et en dehors, sans oscillation latérale, ni mouvement d'abaissement ou d'élévation ; comme si son extrémité profonde reposait directement sur un gros vaisseau, ces mouvements ne paraissent pas modifiés par ceux de la cage thoracique qui, d'ailleurs, sont plus faibles à gauche qu'à droite.

Ajoutons que non-seulement on ne constate la présence d'aucun liquide ou épanchement dans le péricarde, mais que si l'on excepte l'emphysème, qui indique une plaie du poumon, il ne semblerait y avoir de lésion d'aucun organe essentiel. En effet, rien dans le péritoine et les organes abdominaux ; aucun signe d'hémorrhagie provenant du foie, ni de la rate, ni de l'estomac ; pas de syncope, pas de vomissements, pas de selles sanglantes, pas de toux, ni d'hémoptysie ; *c'est le pouls*, bien que peu développé, *est régulier*, et la température de la peau n'est nullement élevée.

Aussi ne reste-t-il à admettre que le contact de l'extrémité profonde du corps étranger avec une grosse artère ou sa pénétration à travers les parois du cœur.

Quelle conduite fallait-il tenir dans ce cas ? Je fus, je vous l'avoue, Messieurs, fort embarrassé. Il était si facile, à l'aide d'une petite incision, d'extraire le corps étranger que j'avais une grande tendance à

le faire. Mais si ce corps étranger traversait le cœur, comme je le pensais, il faisait évidemment l'office d'un bouchon, puisqu'il n'y avait d'hémorrhagie ni dans le thorax ni dans le péricarde. N'étais-je pas exposé à déterminer, par l'extraction, une hémorrhagie foudroyante et à voir le malade mourir dans mes mains ? Et d'un autre côté qu'allait devenir cette tige de fer dans le thorax ?

Il n'y avait pas d'accident imminent à redouter, je pensai que l'extraction immédiate présentait plus de dangers que l'expectation et j'attendis au lendemain.

Le 7, j'appris que le malade avait éprouvé plusieurs crises horriblement douloureuses avec imminence de syncope ; il me sollicitait lui-même vivement pour l'extraction. Je la tentai. Mais les choses avaient déjà bien changé, au lieu de former sous la peau un relief d'au moins un centimètre à chaque systole du cœur comme la veille, la tige de fer était à peine appréciable au doigt, elle avait cheminé à travers les tissus. Je fis néanmoins sur le thorax une petite incision et je me mis à la recherche du corps étranger, mais à peine l'eus-je touché avec la pointe du bistouri que le malade éprouva une anxiété extrême et eut une syncope. Je le trouvai d'ailleurs si profondément situé que je crus devoir m'arrêter.

Le 8 février, l'emphysème et l'ecchymose diminuent. Les bruits du cœur semblent toujours normaux. Le malade souffre et se plaint beaucoup. Pas de fièvre, ni toux, ni expectoration d'aucune sorte. Le corps étranger s'est enfoncé peu à peu : on le sent à peine battre sous le doigt.

Le 9, il a complètement disparu, tout soulèvement de la paroi thoracique a cessé.

Le 10, après une nuit tranquille, le malade est pris de toux et rejette avec effort quelques crachats muco-purulents auxquels sont mêlées quelques stries de sang noirâtre. Fièvre, 104 pulsations.

Le 11, l'expectoration a pris un caractère franchement pneumonique ; cependant à l'auscultation, on ne perçoit que des râles bronchiques à gauche ; sonorité dans toute l'étendue du poumon.

Le même état continue les jours suivants, l'emphysème disparaît, la douleur persiste, le malade souffre à chaque fois qu'il fait un mouvement. Il continue à rendre des crachats pneumoniques, dans lesquels la proportion de sang augmente.

Le 15, l'application du sphygmographe au poulx de l'artère radiale donne des tracés dont l'un indique un poulx régulier, mais faible et déprimé, et dont les autres démontrent une grande irrégularité de la respiration.

Le 20, le malade signale une douleur vive siégeant vers la huitième vertèbre dorsale. Cette douleur augmente par la pression et le mouvement.

L'oppression est plus grande surtout dans le décubitus dorsal. Crachats sanglants, d'un rouge très-vif, en plus grande abondance. L'auscultation ne dénote encore aucun signe de pneumonie.

Quelques troubles apparaissent du côté du cœur, le malade est sujet à des palpitations et à de grandes irrégularités dans les battements. Cependant on ne constate aucun signe de péricardite.

La douleur dorsale persiste, quoique moins fixe qu'au début. Même état du poumon à l'auscultation. Les crachats n'ont pas changé de caractère.

Sur ces entrefaites eut lieu une nouvelle tentative de suicide.

Le 15 mars, le malade se fait à la région sous-hyoïdienne avec une lame de fer, fragment d'un cerceau qui soutient ses couvertures, une plaie de 4 à 5 centimètres, transversale, située entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, dont on voit à découvert tout le bord supérieur. Le travail de cicatrisation suivit un cours normal et cette plaie n'amena aucune complication digne d'être signalée.

Le 26, l'état général semble subir une nouvelle aggravation. Le malade a de la fièvre, la respiration est plus difficile, une douleur très-vive, siégeant à la partie postérieure et inférieure du côté droit, semble avoir remplacé la douleur dorsale. Cette douleur est très-nettement limitée et s'exagère à la pression du doigt. Le malade la compare à un point de côté. La toux n'a pas augmenté, mais elle est plus pénible. L'auscultation, au point douloureux, ne dénote aucun signe de pneumonie : le murmure respiratoire a moins d'intensité au niveau du siège de la douleur que dans le reste du poumon ; quelques râles bronchiques. Les crachats sont muco-purulents, sanglants.

Cette douleur à droite persiste d'une façon fixe pendant quinze jours environ. Aucun signe spécial n'est traduit par l'auscultation, les crachats conservent leurs mêmes caractères.

A partir de ce moment, l'observation quotidienne du malade ne présente plus un bien grand intérêt. Les accidents généraux diminuent peu à peu, l'appétit revient, le malade peut se lever dans les premiers jours de mai. Depuis cette époque les forces sont revenues, le malade se promène.

En 12 août, l'auscultation fait percevoir des râles bronchiques dans toute l'étendue des deux poumons ; il n'y a matité en aucun point de la cage thoracique. Les crachats, de moins en moins abondants, ont cependant gardé, depuis le 1^{er} avril, les caractères observés dès le

début, c'est-à-dire qu'ils sont alternativement purulents ou sanglants; de temps en temps surviennent des hémoptysies légères.

Toute douleur fixe dans la poitrine a complètement disparu. Cependant le malade se plaint de douleurs vagues, erratiques, dans le dos ou dans les côtés, en même temps que de fatigue et de lassitude continuelles dans les membres. Du reste, l'état général est satisfaisant.

Depuis le mois d'août jusqu'au mois d'octobre, époque à laquelle j'ai quitté Bicêtre, l'état du malade ne présente rien à noter. Il mange, dort, se promène. Rien n'est de nature à faire soupçonner l'accident qu'il a éprouvé.

Ce qui s'est passé depuis mon départ m'est ainsi relaté par M. Langlé, interne de M. Sée.

En janvier 1868, le malade présente une apparence de santé assez satisfaisante et tousse peu, crache de temps en temps un peu de sang, ne se plaint de rien.

A l'auscultation, on entend un bruit de souffle siégeant dans toute l'étendue du cœur, mais ayant son maximum d'intensité à la base et se produisant au premier temps.

L'auscultation du poumon du côté gauche ne donne rien; du côté droit en arrière, on entend un bruit de souffle. Le malade dit avoir quelquefois des douleurs de ce côté du thorax.

En février, il est plus souffrant, mange peu, tousse et crache de temps en temps du sang et un peu de pus. Il paraît s'affaiblir graduellement.

Les signes physiques que nous avons notés en janvier ne sont pas modifiés.

Mars. La toux est toujours peu considérable, mais le malade a des crachements de sang et de pus qui se répètent. Il est même des jours où il perd une assez grande quantité de sang. Ses muqueuses pâlisent considérablement. La peau est d'un blanc jaunâtre.

Enfin le 20 mars il a des syncopes, qui se répètent jusqu'au 24 mars où il meurt à 8 heures du matin.

J'étais curieux, vous le comprendrez aisément, messieurs, de pratiquer l'autopsie. Aussi je remercie MM. Sée et Legrand du Saulle de m'avoir permis de compléter cette intéressante observation.

L'autopsie faite le 25 mars nous montre les particularités suivantes :

Cicatrice linéaire aux téguments à 5 centimètres au-dessous du mamelon gauche.

Adhérence intime du bord antérieur du poumon gauche à la paroi thoracique.

Adhérence intime de cette même partie du poumon au péricarde.

Adhérence du péricarde à la surface externe du cœur dans toute son étendue.

Sur un point qui correspond précisément à l'entrée de la tige de fer, existe un véritable cordon fibreux reliant le péricarde au cœur. Ce cordon représente évidemment le trajet qu'a suivi le corps étranger en s'enfonçant à travers les organes.

Le cœur, vu en place, ne présente aucune trace de corps étranger à l'œil et au toucher.

J'enlève alors ensemble les deux poumons et le cœur. Le lobe inférieur du poumon droit adhère d'une façon si intime au thorax qu'il se déchire et qu'une partie reste fixée aux côtes.

C'est cette pièce, Messieurs, que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux.

Vous pouvez constater que la paroi postérieure du ventricule gauche dans toute son étendue et que tout le lobe inférieur du poumon droit sont traversés d'avant en arrière et de gauche à droite par une tige de fer longue de 5 centimètres et large d'environ 2 millimètres. Cette tige a pénétré dans le bord gauche du cœur vers la partie moyenne et est sortie près du sillon médian postérieur, de sorte que le ventricule droit et les deux oreillettes ne sont nullement intéressés. La tige n'a nulle part pénétré dans la cavité ventriculaire, bien qu'elle soit beaucoup plus rapprochée de la surface interne que de l'externe. Une sorte de pont organisé probablement aux dépens du péricarde relie le cœur au poumon droit.

Ce tissu du cœur n'a pas subi de modification au contact du corps étranger. Il ne présente pas trace d'inflammation; le trajet dans cet organe n'est tapissé par aucune néo-membrane. Dans le poumon, au contraire, la tige de fer est entourée dans toute sa longueur par une membrane qui l'isole du parenchyme pulmonaire hépatisé.

Quant aux rapports avec les autres organes; la tige avait laissé l'aorte à gauche et avait passé entre la colonne vertébrale et l'œsophage placé en avant d'elle.

Je puis donc, Messieurs, résumer ainsi cette remarquable observation :

Tige de fer traversant la poitrine diagonalement d'avant en arrière et de gauche à droite, du cinquième espace intercostal gauche au niveau du mamelon, à la huitième côte droite au niveau de son angle.

Après s'être enfoncée spontanément à travers l'espace intercostal, le bord antérieur du poumon gauche, le péricarde et le bord gauche du cœur qui se sont cicatrisés à mesure qu'elle cheminait, cette tige

s'est fixée dans la paroi postérieure du ventricule gauche et dans le lobe inférieur du poumon droit où elle a séjourné pendant 13 mois et 18 jours.

Le cœur a très-bien supporté physiquement et physiologiquement la présence du corps étranger ; le poumon au contraire s'est enflammé, a fourni des hémoptysies, qui ont peu à peu affaibli le malade et amené la mort.

Cette observation vient à l'appui de celles qui ont démontré l'erreur admise par toute l'antiquité et le moyen âge, à savoir qu'une plaie du cœur était fatalement et promptement mortelle, et cette autre erreur professée par Sénac, que toute plaie du cœur tuait sinon par l'hémorrhagie, au moins par l'inflammation qu'elle déterminait.

DISCUSSION.

M. DOLBEAU. On ne peut appeler le corps étranger, que nous présente M. Tillaux, une tige de fer : c'est une aiguille. Dans la thèse de Jamain, sont rapportés plusieurs faits analogues.

Je pense que l'on aurait dû extraire le corps étranger, car il y avait tout lieu de supposer qu'il était dans les parois du cœur.

M. DESPRÉS. Il y a huit jours, on a présenté à la Société anatomique un cœur recueilli sur une vieille femme de la Salpêtrière. La paroi antérieure du cœur et l'un des ventricules étaient traversés par une grosse aiguille à repriser. La malade n'avait jamais ressenti de symptômes susceptibles de faire soupçonner la présence de ce corps étranger.

M. CHASSAIGNAC. On ne peut formuler une opinion générale sur la conduite à tenir dans les cas du genre de celui qui nous est présenté par M. Tillaux. Cependant, dans un cas semblable, je serais porté à me rallier à l'opinion des chirurgiens qui veulent qu'on enlève le corps étranger.

Autrefois, j'ai fait de nombreuses expériences sur les chiens, pour étudier les plaies du cœur. Pour produire ces plaies, je me servais d'une sonde cannelée aiguisée. Une partie des animaux périssait rapidement ; les autres se rétablissaient. Quand les animaux périssaient rapidement, ce n'était pas parce que l'instrument avait pénétré dans l'intérieur des ventricules, mais parce qu'il y avait eu une piqûre, quelquefois très-petite, qui avait intéressé l'aorte.

Dans le cas très-intéressant qui vient de nous être présenté, je crois que l'on aurait évité les accidents si l'on avait retiré la tige métallique.

M. CLOQUET. Ce qu'il faut remarquer dans ce fait, c'est l'absence de tout phénomène inflammatoire. Les corps métalliques ont peu la propriété de déterminer l'inflammation dans les tissus où ils sont placés. Lorsque j'étais chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, j'ai fait des milliers d'acupuncture et je n'ai jamais observé d'accidents. Je laissais les aiguilles en place pendant douze et quinze jours.

J'ai pu observer, dans le cours de ces expériences, un phénomène très-singulier : il se produisait, dans tous les cas d'acupuncture sur le vivant, une oxydation, d'aspect variable d'ailleurs, du corps métallique. Après la mort, ayant placé les membres dans un bain à 37 degrés, je n'ai jamais observé l'oxydation de l'aiguille que j'enfonçais dans les tissus et que je laissais en place pendant deux et trois jours.

La présence des corps métalliques est parfaitement supportée par presque tous les tissus. Des aiguilles assez volumineuses peuvent être enfoncées dans les vaisseaux sans déterminer d'hémorrhagie; elles ne font qu'écarter les tissus.

M. LIEGROIS. Les corps métalliques ne sont pas, pour les muscles, des excitants directs, même pour les muscles à type rythmique. Quelquefois, on voit des spasmes survenir à la suite de l'irritation d'un muscle à l'aide d'un corps métallique, mais c'est en vertu d'une action réflexe. Dans les expériences sur le cœur, lorsqu'on enfonce une aiguille dans l'épaisseur de cet organe pour étudier ses battements, ceux-ci ne sont ni interrompus, ni irréguliers.

M. TILLAUX. Je reconnais volontiers que le malade aurait pu vivre, si la tige métallique qui traversait le cœur avait été enlevée; mais je n'avais aucune notion précise sur le volume et la longueur de ce corps étranger, parce que son extrémité externe était cachée dans l'épaisseur des tissus.

M. BROCA. On trouve dans les *Bulletins de la Société anatomique* une observation analogue, mais plus remarquable encore que celle-ci. Ce fait joue un rôle important dans l'histoire des embolies.

Un individu entra dans le service de M. Laugier, pour se faire traiter d'une gangrène sénile. Au bout de six mois le malade mourut, et à l'autopsie on trouva une grande aiguille à matelas qui traversait le ventricule gauche; tout près de l'orifice auriculo-ventriculaire. Elle était là depuis un temps plus long que six mois, mais que l'on ne pouvait déterminer. La gangrène qui avait emporté le malade était la conséquence du déplacement de caillots qui se formaient autour de l'aiguille. M. Pierre, aujourd'hui chirurgien à Autun, présenta la pièce à la Société anatomique et fit voir que l'on pouvait mettre en

rapport les deux bouts d'un caillot fracturé (l'un des bouts siégeant dans le cœur, l'autre bout dans l'artère du membre gangrené).

Je ne puis complètement accepter les idées de M. Cloquet relatives à l'innocuité des corps métalliques. On introduit généralement, sans produire d'accidents, des aiguilles à acupuncture dans des anévrismes; cependant on peut, dans ces cas, voir survenir des hémorrhagies. On les observe bien plus fréquemment encore à la suite de la galvano-puncture. En 1837, un chirurgien introduisit dans une tumeur anévrysmale énorme cinquante aiguilles à acupuncture; quand on les retira, il y eut cinquante hémorrhagies.

Les faits de ce genre prouvent qu'il ne faut pas être aussi explicite que M. Cloquet.

M. Cloquet a dit que les corps métalliques présentaient une innocuité particulière. Cela est vrai, mais les autres corps étrangers peuvent aussi être très-innocents. J'ai vu sortir de la cuisse d'un de mes camarades de collège une écharde de bois d'au moins 4 centimètres de long. Comment avait-elle été introduite dans l'épaisseur des tissus? Le patient ne pouvait donner sur ce point aucun renseignement. Un petit bouton apparut sur la cuisse, fut incisé, et à l'aide d'une pince, on put extraire le corps étranger.

M. CLOQUET. Je répondrai à M. Broca que l'introduction d'aiguilles dans les tissus est très-différente, suivant que l'on a affaire à des parties saines ou malades. Dans le cas de galvano-puncture, les conditions sont encore singulièrement modifiées par suite de l'intervention d'un courant électrique.

M. LEFORT. J'ai lu, dans un journal anglais, que l'on avait proposé l'acupuncture pour guérir les anévrismes de la crosse de l'aorte. Dans deux cas, on a introduit douze à quinze aiguilles. La mort est survenue rapidement. Il n'y avait pas eu d'hémorrhagie, mais il s'était formé, autour des aiguilles, des caillots qui s'étaient déplacés avec une très-grande facilité.

A quatre heures trois quarts, la Société se forme en comité secret.
La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, Dr LÉON LASSÉ.

SÉANCE DU 15 AVRIL 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Ricord, à l'occasion du procès-verbal, fait part de quelques observations qui lui sont personnelles et relatives à la migration des corps métalliques dans les tissus. Il y a plusieurs années, il fut appelé par une artiste bien connue, qui avait une aiguille située profondément dans le sein. On avait diagnostiqué une tumeur du sein, et on hésitait entre un cancer et une tumeur adénoïde. M. Ricord examina la malade avec soin, reconnut la présence d'une aiguille, et en pratiqua l'extraction. Dès lors, l'exsudat considérable qui s'était formé autour du corps étranger et qui avait donné le change sur l'existence d'une tumeur, disparut rapidement.

Chez un parent d'un directeur de l'hôpital du Midi, M. Ricord observa une tumeur assez volumineuse du triangle de Scarpa, due également à une exsudation de lymphes plastiques autour d'une aiguille qui avait pénétré dans cette région. L'aiguille enlevée, le malade guérit en quelques jours.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* ; la *Gazette médicale de Strasbourg* ; la *Revue médicale de Toulouse*.

— Une note sur les *Veines du rectum et la physiologie pathologique des hémorroïdes*, et le quatrième fascicule du *Manuel d'opérations chirurgicales*, par M. Dubrueil, professeur à la Faculté.

— De la *Métrorrhée séreuse des femmes enceintes*, par M. Bouchacourt.

— Une lettre sur un *Nouvel hystéro-pelvimètre*, par M. Fr. Rizzoli, de Bologne.

— Le tome IV (2^e série) des *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*.

— Le deuxième fascicule (t. II) des *Mémoires et bulletins de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux*.

— M. le comte de Beaufort adresse à la Société trois brochures sur la prothèse des membres, et accompagne cet envoi d'une lettre explicative sur l'usage de ses appareils, pour répondre aux objections qui lui ont été faites par M. Lefort.

COMMUNICATION.

Luxation ou disjonction de toutes les articulations du bassin.

M. DOLBEAU. Messieurs, je n'ai pas cru qu'il me fût permis de laisser dans l'oubli un fait rare que j'ai eu l'occasion d'observer dans mon service à l'hôpital Beaujon. Je sais combien vos moments sont précieux, je n'en abuserai pas.

Il y a bien peu de temps, notre collègue, M. Panas, mentionnait ici une observation de quadruple fracture verticale des os du bassin. A cette occasion, M. Larrey rappelait que, dans les fractures du bassin, il est rare que les symphyse du pelvis ne soient pas plus ou moins disjointes. Pour ma part, j'ai observé quatre fois les fractures doubles verticales du bassin, et j'ai remarqué trois fois que la fracture postérieure intéressait l'articulation sacro-iliaque.

La fracture double verticale du bassin est une lésion bien positive; elle se produit suivant un mécanisme toujours le même, elle donne lieu à des symptômes qui, réunis aux commémoratifs, autorisent le plus souvent à porter un diagnostic. La première fois que j'ai observé la fracture double verticale du bassin, j'ai méconnu une partie de la lésion; mais dans les trois autres circonstances, j'ai pu vérifier mon diagnostic, qui avait été très-complet.

Je me croyais désormais à l'abri de l'erreur, et voilà que, dans une des semaines qui viennent de passer, j'ai confondu la fracture double verticale du bassin avec la luxation complète ou double de l'os iliaque.

Un blessé est amené dans mon service : une lourde voiture a pesé fortement sur la partie postérieure de la ceinture pelvienne, le blessé étant à plat-ventre. Ces renseignements devaient faire songer à la possibilité d'une fracture double verticale; les symptômes venaient corroborer cette hypothèse. Voici, en quelques mots, l'exposé des symptômes présentés par le blessé :

Décubitus dorsal, face anxieuse, respiration fréquente, pouls filiforme à 150; ecchymose en avant du bassin; rotation externe du membre abdominal droit, ascension de ce membre; raccourcissement

apparent. Douleur au niveau du pubis et marbrure vers l'articulation sacro-iliaque. Absence d'urine.

Convaincu du diagnostic et sans fatiguer en rien ce pauvre homme, je diagnostiquai une fracture double verticale du bassin, à droite, avec rupture de la vessie. Sa mort, disais-je, viendrait bientôt confirmer une lésion que j'indiquais, engageant les élèves à faire profit, pour leur instruction, de cette blessure qui, par sa nature, est presque au-dessus des ressources de l'art.

Quarante-huit heures après l'accident, la mort arrivait.

L'autopsie nous a révélé des lésions rares, une luxation de tous les os du bassin, une disjonction de toutes ces symphyses, qui sont si bien faites pour la résistance. C'est là un fait rare dont je ne connais qu'un seul exemple mentionné par M. Thouvenet dans les bulletins de la Société anatomique pour 1849. Pour le dire en passant, ces deux observations sont tellement identiques, que la mienne paraît copiée sur son aînée. J'aurais probablement laissé passer cette rareté si je n'avais trouvé, dans la circonstance, un enseignement utile pour la clinique. Je m'explique :

A la suite d'un accident grave dans lequel le bassin a subi une violente pression d'arrière en avant, il n'y a qu'une lésion qui puisse permettre le raccourcissement apparent, l'ascension du membre pelvien sans luxation coxo-fémorale. Cette lésion, c'est une fracture double verticale, fracture qui rend libre un fragment moyen du bassin, lequel fragment comprend l'articulation de la bouche. Cette relation entre les symptômes et la lésion a été notée par les divers observateurs. J'ai pu la vérifier trois fois moi-même, comme je vous le disais il n'y a qu'un instant.

Cependant, il est évident qu'une luxation complète en avant et en arrière de l'os iliaque devait permettre, tout comme la fracture double verticale, une ascension du membre abdominal, un raccourcissement apparent. Ce que la théorie aurait pu indiquer, je l'ai observé il y a quelques jours ; j'ai pris pour une fracture ce qui n'était qu'une luxation.

A l'avenir, je préciserai davantage le siège exact des points douloureux, je rechercherai la mobilité anormale et je ne laisserai plus échapper, du moins j'en ai la conviction, une luxation de l'os coxal, malgré la rareté extrême de la lésion.

Dans ces blessures graves du bassin, la vessie présente presque toujours une solution de continuité pour ses parois. Cette rupture a été expliquée, mais je crois que la théorie qui a été donnée ne suffit pas à rendre compte de tous les faits.

Dans l'observation que je viens de rapporter, la rupture de la vessie s'est opérée dans l'état de presque vacuité de l'organe, puisque le blessé avait uriné une heure avant l'accident et que, dans l'intervalle, il n'avait point absorbé une grande quantité de boissons.

Dans les cas de rupture de la vessie, on a parlé d'infiltration urinaire, d'épanchement d'urine dans le péritoine. Je n'ai pas observé ces phénomènes, et si j'en crois mon expérience, l'irruption de l'urine serait peu à redouter, sauf les cas de distension du réservoir au moment de l'accident; en général, les blessés sont dans un état de perturbation si grande que, chez eux, la sécrétion rénale paraît supprimée presque complètement.

Il y a là un point sur lequel il serait désirable de voir se fixer l'attention des observateurs.

En terminant, j'ai l'honneur de déposer sur le bureau l'observation de mon malade, telle qu'elle a été recueillie par un des externes, M. Raillard. La pièce anatomique vous sera présentée dans une prochaine séance.

Luxation traumatique de tous les os du bassin.

C..., François, 28 ans, charretier, entre le 3 avril 1868 à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Denis, 47, service de M. Dolbeau.

Cet homme est vigoureux, parfaitement musclé. Renversé par son cheval à trois heures et demie de l'après-midi, en conduisant une voiture chargée de pierres, il est tombé à plat ventre et la roue lui a passé sur la face postérieure du corps, en travers de gauche à droite et de haut en bas, suivant une ligne passant le coude gauche et l'articulation coxofémorale droite.

On l'amène à l'hôpital à quatre heures et demie; il n'est point en état d'ivresse. Il dit avoir pissé environ une heure avant l'accident. A la visite du soir, l'interne du service le sonde et ne retire de la vessie que quelques gouttes d'urine teinte de sang. Une injection d'eau tiède poussée graduellement et avec précaution est rejetée avec force en même temps que quelques caillots.

Le 4 au matin, voici dans quel état se trouve le malade :

Au-dessus et dans la direction de la branche horizontale du pubis droit, on remarque une ecchymose bleuâtre. La hanche droite est également recouverte d'une large ecchymose et est le siège d'un gonflement qui s'étend à toute la partie antérieure et inférieure droite de l'abdomen, sur le pubis droit et au tiers supérieur de la face antérieure de la cuisse droite. En arrière il y a une ecchymose vers le bas des reins.

En tous ces points, on détermine par la pression une douleur assez vive qui a son maximum sur la branche horizontale du pubis droit et au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite.

Le membre inférieur droit semble notablement raccourci, mais la mensuration comparative montre que la longueur du membre de l'épine iliaque antérieure et supérieure, au sommet de la malléole externe, est la même des deux côtés. Seulement les deux épines iliaques ne se trouvent pas sur le même plan horizontal.

L'épine iliaque antérieure droite est élevée de deux centimètres au-dessus de l'épine iliaque antérieure gauche. Le pied est tourné en dehors, et tout le membre pelvien est dans la rotation en dehors. Le malade peut fléchir légèrement la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin.

Le coude gauche offre une petite plaie contuse avec gonflement très-dououreux autour de l'articulation. Le malade tient son membre dans une demi-flexion.

L'exploration de cette région faite avec soin n'y démontre aucune lésion osseuse, aucun déplacement des surfaces articulaires.

Le malade n'a pas uriné depuis qu'on l'a sondé, la veille au soir; on retire de la vessie, par un nouveau cathétérisme, quelques gouttes d'urine claire. La sonde pénètre facilement, mais la vessie est très-rétrécie et douloureuse.

Il y a eu un vomissement jaunâtre et spumeux le matin.

Langue sèche; soif vive; pouls petit, filiforme; 144 pulsations; dyspnée assez forte; 40 respirations; céphalalgie légère. En présence des signes suivants : 1° raccourcissement apparent du membre droit; 2° rotation externe; 3° douleur vive en avant et en arrière de la ceinture osseuse pelvienne; 4° ecchymose; 5° absence d'urine et sang dans la vessie, M. Dolbeau diagnostique une double fracture verticale du bassin à droite avec rupture de la vessie et anurie.

Pansement à l'eau froide sur la plaie du coude

Cataplasme sur le ventre. Opium, 0,40 cent. Repos absolu. Alimentation liquide.

5 avril. — Le malade a uriné seul à deux reprises dans la journée du 4, et une fois dans la nuit qui a suivi. Il évalue la quantité d'urine rendue chaque fois à deux cuillerées à bouche.

La sonde fait sortir de la vessie la même quantité d'urine que la veille.

Cette urine est toujours claire. Le ventre est un peu plus tendu et plus douloureux, surtout au niveau du pubis droit, où la pression légère d'un doigt ne peut être supportée.

Le malade a vomi plusieurs fois depuis la veille; il a rendu ainsi des matières bilieuses ou peu vertes.

La dyspnée a un peu augmenté; le pouls est toujours petit et aussi fréquent.

Mort à trois heures du soir.

Autopsie faite le 8 avril.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve les muscles de la paroi infiltrés de sang.

Sous le péritoine de la fosse iliaque interne, des deux côtés, on voit un épanchement considérable de sang. L'infiltration sanguine sous-péritonéale remonte jusques et y compris la région rénale droite; elle est surtout abondante vers la face interne du rein droit.

La fosse iliaque interne droite offre une teinte bleuâtre et est plus saillante que celle du côté opposé.

On remarque dans la gaine du muscle psoas, de chaque côté, un épanchement de sang qui remonte le long du carré des lombes.

Le fibro-cartilage de la symphyse pubienne est complètement détaché de l'os à droite, et il est évident qu'il y a disjonction sans fracture de la symphyse des pubis.

Le bord supérieur du pubis droit s'élève de deux centimètres au-dessus du bord supérieur du pubis gauche. La symphyse restée attachée à cette dernière offre, avec la surface articulaire droite correspondante, un écartement de deux à trois centimètres.

En arrière on constate une disjonction complète de la symphyse sacro-iliaque droite; tous les ligaments sont rompus, même le grand ligament sacro-sciatique. Il faut cependant indiquer que vers la partie inférieure de l'articulation luxée on constate que l'os iliaque a subi une petite fracture, et qu'un fragment de 4 centimètres de long sur 2 d'épaisseur est resté adhérent au sacrum. Cette fracture est du reste insignifiante par rapport à la disjonction; il n'y a pas d'esquilles.

A gauche, le cartilage symphyséen est resté adhérent à l'os; du même côté et en arrière, les deux surfaces articulaires du sacrum et de l'os coxal ne sont plus en rapport que par leur bord postérieur. Il y a luxation ou plutôt disjonction; les deux surfaces articulaires forment un angle très-ouvert en avant.

Les ligaments de la symphyse sacro-iliaque gauche sont tous rompus en avant; en arrière, ils sont conservés en partie. Pas la moindre esquille.

Le grand ligament sacro-sciatique est conservé de ce côté.

L'articulation du sacrum avec le coccyx est également modifiée; les ligaments antérieurs sont rompus: le coccyx est très-reporté en ar-

rière, l'articulation étant largement ouverte. Il est évident que le sacrum a été fortement enfoncé en avant vers le centre de l'excavation.

L'examen des viscères donne le résultat suivant :

Les reins et les uretères sont intacts. La moitié de la face postérieure du gros intestin est le siège d'une ecchymose violacée sous-péritonéale.

Au-devant de la vessie, derrière le pubis, se trouve une poche remplie d'un liquide trouble, roussâtre. Cette poche peut avoir le volume d'un œuf de pigeon; elle communique avec la vessie par un trou de la largeur d'un gros pois et qui est situé à la face antérieure de la vessie. Point d'ecchymose de la vessie. Celle-ci est très-petite; elle contient quelques gouttes d'un liquide brun. Pas de sang dans la cavité des voies urinaires. L'urètre est intact.

Pas de traces de péritonite. Pas d'infiltration urineuse. Il est évident, car les reins sont petits, que la grande perturbation éprouvée par le blessé a suspendu chez lui la sécrétion de l'urine.

DISCUSSION.

M. LEROY. Aux cas indiqués par M. Dolbeau, on peut en ajouter un, dû à M. Murville, et inséré dans les Bulletins de l'Académie de médecine. Dans ce fait, le bassin fut repoussé en avant, pendant un effort violent que fit le blessé pour se porter en arrière. Le malade guérit.

M. LARRET. La communication de M. Dolbeau, précédée de celle de M. Panas et antérieurement de celle de M. Dubreuil, l'offre que j'avais faite à la Société de lui présenter un bassin démontrant, à la fois, la coïncidence des lésions mécaniques de la continuité et de la contiguité des os, la rareté enfin des cas observés, ou du moins décrits, tels sont les motifs qui m'engagent à placer aujourd'hui, sous les yeux de mes collègues, une pièce anatomique digne, peut-être, de leur attention.

Ce bassin, que j'ai montré autrefois à l'Académie de médecine, est celui d'un jeune soldat qui, en novembre 1849, rentrant à sa caserne, dans un état d'ivresse, était tombé sur la route et avait été écrasé par la roue d'une voiture de moellons.

Transporté aussitôt à l'hôpital du Gros-Caillou, dont j'étais alors chirurgien en chef, il se trouvait hors d'état de fournir le moindre renseignement sur les causes et les effets de cet accident grave.

Placé dans le décubitus dorsal, avec immobilité du tronc, le blessé offrait une tension considérable des régions sacro-iliaques, de chaque

côté, inguino-crurale droite et périnée-scrotale, produite par une infiltration sanguine, masquant tout à fait les saillies osseuses. Nulle déformation apparente du bassin, nulle crépitation appréciable, nulle mobilité même, ni aucune déviation des membres inférieurs, ne nous annonçait de déplacement. Mais la nature de l'accident, son mécanisme probable, l'étendue et les rapports de l'infiltration de sang, l'intensité, enfin, de la douleur provoquée par la pression la plus légère du côté des os iliaques et surtout vers la symphyse pubienne, qui paraissait plus molle ou dépressible que dure ou résistante; toutes ces circonstances me portaient à établir, par induction, le diagnostic de lésions profondes et complexes du bassin, sans me permettre de préciser les fractures ou les luxations présumables. L'ecchymose profonde du périnée, ainsi que l'écoulement de quelques gouttelettes de sang par l'urètre, indiquaient aussi une rupture de ce canal, sinon de la vessie.

Dans le doute, d'ailleurs, il ne faut pas toujours s'abstenir, et je commençai par introduire une sonde à demeure dans la vessie, qui donna issue à une certaine quantité d'urine mêlée de sang, ce qui me fit supposer qu'elle n'avait pas été lésée. De larges et profondes scarifications de la région périnée-scrotale, des applications émollientes sur le bas ventre et sur les hanches, une potion purgative et un large bandage contentif, pour immobiliser, autant que possible, le bassin, telle fut notre prescription.

Mais le blessé, indocile ou peut-être encore sous l'influence de l'ivresse, chassa la sonde le troisième jour, et s'agita tellement que, pour la réintroduire et la maintenir en place, on dut lui mettre une camisole de force. La fièvre traumatique devint intense, et quoique cette réaction fût combattue énergiquement, le malheureux succomba le septième jour de l'accident, avec des symptômes de péritonite.

L'autopsie nous révéla les lésions graves du bassin, dont voici les caractères anatomiques bien marqués : 1° une disjonction complète de la symphyse pubienne forme un vide ou un écartement de 6 centimètres, bien mesuré au moment même et depuis maintenu en place par l'interposition d'une planchette d'égale largeur. Le cartilage interpubien se trouvait déjà détruit par du pus qui remplissait l'espace libre; 2° une disjonction symétrique des deux symphyses sacro-iliaques, avec écartement antérieur plus prononcé à gauche qu'à droite, mesure 2 centimètres d'un côté et 4 1/2 de l'autre; 3° la dernière vertèbre lombaire semble avoir éprouvé une légère déviation latérale; le sacrum, d'ailleurs, n'a pas été fracturé. Mais les deux os iliaques offrent des ruptures à peu près symétriques : le rebord cotyloïdien

antérieur meurtri de chaque côté, une fracture complète à gauche, incomplète à droite, pénétrant l'une et l'autre dans la cavité cotyloïde. Les ligaments postérieurs avaient résisté, mais ils ont été détruits par la macération.

J'ai déposé au musée du Val-de-Grâce la pièce anatomique que je présente à la Société, et qui me semble offrir le type des lésions mécaniques du bassin, comme fractures et luxations simultanées par écrasement.

M. HUGUIER. Le malade de M. Dolbeau est mort quarante-huit heures après l'accident. Quelle a été la cause du décès? La lésion osseuse ne me paraît pas pouvoir donner une raison suffisante de cette mort rapide.

M. DOLBEAU. Nous n'avons rien trouvé dans les organes internes. Il n'y avait pas d'hémorragie, pas de blessure du péritoine. Le blessé se présenta à nous dans un état de malaise général très-marqué, de très-grande anxiété.

Je répondrai à M. Lefort que dans le fait de M. Murville, il s'agit d'une luxation du sacrum et non d'une luxation de l'os iliaque.

M. HUGUIER. Il y a, dans les cas de ce genre, une particularité clinique qui a besoin d'être étudiée. Nous voyons tous les jours des individus qui ont des lésions très-étendues et qui ne meurent pas. Chez d'autres, comme dans le fait actuel, la mort survient à la suite de simples luxations, et il est bien difficile de se rendre compte de cette terminaison fatale.

M. PANAS. Dans le cas que j'ai observé, les choses se sont passées exactement comme chez le blessé de M. Dolbeau. Je n'ai pu trouver une cause prochaine de la mort. A partir du moment où cet homme entra à l'hôpital, on pouvait le considérer comme un cadavre. Les douleurs étaient vives. Il n'y eut pas sécrétion d'une cuillerée d'urine jusqu'au moment de la mort.

M. LARREY. Chez le blessé soumis à mon observation, nous avons trouvé une péritonite. La vessie n'avait pas été rompue.

M. VERNEUIL. Ces malades n'étaient-ils pas des ivrognes? J'ai vu des ivrognes succomber rapidement, souvent dans les 48 heures, à la suite de lésions traumatiques graves. A l'autopsie, on ne trouvait aucune lésion susceptible de rendre compte de la mort.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE.

L'ordre du jour appelle la nomination d'un membre titulaire.

La liste de présentation est ainsi composée :

En première ligne, *ex æquo*, MM. Marc Sée, Cruveilhier fils; en deuxième ligne, MM. Duplay, Paulot, Dubrueil.

Sur 30 votants, obtiennent :

MM. Cruveilhier fils.....	23 voix.
Marc Sée.....	6 —
Duplay.....	1 —
Bulletin blanc.....	1 —

DÉCLARATION DE VACANCE D'UNE PLACE DE MEMBRE TITULAIRE.

M. LE PRÉSIDENT déclare vacante une place de membre titulaire.

LECTURE.

M. PÉTRAQUIN (de Lyon), membre correspondant, fait une lecture ayant pour titre :

Mémoire sur la doctrine des effets croisés dans les lésions traumatiques du crâne, d'après Hippocrate et les médecins de l'antiquité.

La Société vote l'impression de ce travail dans ses Mémoires.

COMMUNICATION.

Injectons iodo-tanniques dans les veines.

M. PANAS. Je suis peu partisan du traitement curatif des varices, attendu qu'aucun des moyens proposés ne remplit réellement ce but et que tous exposent plus ou moins à des accidents graves et à la mort par infection purulente.

Ayant pour principe invariable thérapeutique de ne jamais juger un moyen sans l'avoir expérimenté, j'ai cru devoir étudier les effets d'un nouveau liquide à injecter dans les veines, employé avec succès à Lyon, la liqueur iodo-tannique. Les résultats dont je vais avoir l'honneur d'entretenir la Société de chirurgie sont loin de changer ma manière de voir sur les injections coagulantes dans les veines. Je tiens d'autant plus à les communiquer, qu'ils sont en contradiction avec ceux obtenus à Lyon, et qui sont exposés dans la thèse inaugurale d'un des élèves de cette école, M. Petrus Rouby, n° 226, année 1867.

La liqueur iodo-tannique s'obtient en faisant une dissolution de 5 parties d'iode et de 45 parties de tannin dans 1,000 parties d'eau que l'on réduit ensuite à 100 à l'aide d'une évaporation modérée. Le liquide ainsi obtenu est d'une couleur brune, foncée, d'une odeur sui generis et d'une consistance sirupeuse. Mêlé avec du sang, ce liquide produit un coagulum chimique, peu consistant comparative-

ment à celui du perchlorure de fer, et qui a la propriété de se redissoudre dans un liquide alcalin, comme le sang; aussi trouve-t-on les éléments constitutifs de cette liqueur (lannin et iode) dans les urines, peu de temps après l'injection.

Le premier sujet de mon observation est une femme de 54 ans, atteinte de varices aux deux jambes, surtout à la droite, qui est en même temps le siège d'une exulcération superficielle, large comme une pièce de 2 francs. On observe sur le côté interne de la jambe plusieurs troncs fluxueux et en particulier celui de la raphine interne, sur le trajet de laquelle se trouve le petit ulcère. Il y a quelques jours, une hémorrhagie abondante s'est faite par suite de la rupture de cette veine, et c'est cet accident qui amène la malade à l'hôpital.

Le jour décidé pour l'opération, on applique un lien compresseur sur la racine du mollet à l'effet de faire saillir les veines, puis, à l'aide d'une seringue Pravaz, je pratique une injection de liqueur iodotannique dans le tronc même de la raphine, à trois ou quatre traverses de doigt au-dessus de la malléole, et deux centimètres loin du bord supérieur de l'ulcère.

La douleur, qui immédiatement n'a pas été très-vive, est allée en augmentant vers le soir, au point de rendre le sommeil impossible jusqu'à minuit passé. Le lendemain, je trouve le membre chaud, et un cordon rouge s'étend depuis le pied jusqu'à la racine du mollet; le pouls est accéléré, et il y a, avec cela, tout le cortège habituel d'un mouvement fébrile modéré. Nulle part on ne sent de caillot veineux solide.

On prescrit à la malade de garder le lit, et l'on couvre le membre avec un cataplasme émollient.

Vers le quatrième jour de l'opération, le cordon de la raphine devient manifestement induré, et divers rameaux collatéraux sont pris de phlébite à leur tour.

Continuation du mouvement fébrile. On prescrit de l'huile de ricin, des frictions mercurielles belladonnées sur le membre, et l'on continue les cataplasmes.

Le huitième jour, on constate des traînées d'engorgement, l'engorgement des ganglions de l'aîne et un empêchement œdémateux de tout le mollet. La nuit a été mauvaise, et il y a des signes d'embarras gastrique.

Ipéca. Le reste comme précédemment. A partir de ce moment, l'état de la malade est allé en s'aggravant. Le mollet devient le siège d'une suppuration diffuse qui suit surtout le trajet de la saphène interne, puis se montre au dos du pied et au côté externe du mollet.

Plusieurs abcès sont ouverts à la lancette; la peau se détruit sur plusieurs points, et des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé sont extraits au fur et à mesure qu'ils se détachent. Parmi ceux-là, il en est un constitué par ce que je vous présente ici, et qui n'est autre que le tronc sphacélé de la veine saphène dans l'étendue de dix centimètres environ.

Comme vous pouvez le constater ici, la membrane interne de la veine est dépolie et parsemée de petits caillots adhérents; vers le haut, il y a un caillot brunâtre chimique qui oblitère complètement le calibre du vaisseau dans l'étendue de un centimètre.

Ainsi, Messieurs, le résultat de l'injection a été non-seulement un phlegmon diffus et une périphlébite suppurée, mais en outre une gangrène de la veine qui s'est éliminée. Avec de pareils résultats, je suis d'avis qu'il faut tenir en suspension la prétendue innocuité des injections iodo-tanniques dans les veines.

Chez un autre malade où j'avais pratiqué cette injection (il s'agissait ici d'un homme adulte, fort, charrelier de profession), quoique plus limités, les accidents phlegmoneux suppuratifs ont été les mêmes, sauf le sphacèle de la veine qui n'a pas eu lieu.

Ainsi, nous voyons la suppuration être la règle, et pourtant je n'ai omis aucune des précautions qui étaient indiquées pour éviter cet accident à la suite de l'injection.

Repos absolu au lit; ne permettant même pas au malade de se lever pour satisfaire à ses besoins naturels; et cela pendant tout le temps du traitement.

Position élevée du membre, cataplasmes, frictions mercurielles, laxatifs légers, en un mot, tous les moyens antiphlogistiques indiqués en pareil cas pour modérer l'inflammation phlébitique.

Dans les deux cas, je n'avais pratiqué qu'une seule injection de 15 gouttes chacune.

Il est vrai de dire que mes malades ont échappé à l'infection purulente et à la mort, mais je pense que des accidents phlegmoneux de cette gravité méritaient d'être signalés, ne fût-ce que comme un contre-poids aux résultats toujours heureux annoncés par nos confrères de Lyon.

Un point qui ressort de mes observations, d'accord en cela avec celles relatées par M. Rouby, c'est que la liqueur iodo-tannique agit moins comme un agent coagulant chimique que comme un liquide irritant, produisant une phlébite étendue. Aussi observe-t-on ce fait, digne de remarque, que le caillot n'est manifeste que le troisième jour de l'opération (caillot consécutif à la phlébite suscitée par l'agent chi-

mique), et qu'il disparaît plus tard, au moins en grande partie, au lieu de persister, comme cela arrive pour le perchlorure de fer.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Fausse membrane provenant d'une hématoecèle de la tunique vaginale.

M. PANAS. La deuxième communication dont j'ai l'honneur de vous entretenir est relative aux opérations que l'on peut entreprendre contre l'hématoecèle de la tunique vaginale.

Vous connaissez tous la décortication de la tunique vaginale, et un certain nombre de succès obtenus par cette méthode. Ce que l'on connaît moins, ce sont les insuccès auxquels elle expose, et c'est une chose sur laquelle il faut d'autant plus insister qu'on ne l'a pas assez répété.

Étant à l'hôpital du Midi, je fis, en 1864, une décortication suivant les règles chez un homme venu exprès du fond de la Bourgogne pour se faire opérer dans les meilleures conditions de santé. L'opération faite par moi, en présence et avec le concours de notre très-regretté collègue Follin, eut pour résultat la mort du malade, par phlégon gangreneux, survenue cinq jours après l'opération. Ce fait m'ayant très-péniblement impressionné, je me mis en quête de faits semblables observés de nos collègues dont l'expérience était plus grande que la mienne, et tous ont été en mesure de déclarer la décortication une opération souvent grave et même mortelle. Je puis ici, sans indiscretion, je crois, citer M. le professeur Denonvilliers, qui, avec la loyauté scientifique qu'on lui connaît, m'a dit avoir perdu deux malades, déclarant que jamais il ne voudrait plus se risquer à exécuter cette opération.

Je sais, messieurs, que l'on peut vous citer des exemples heureux, mais les cas de mort fussent-ils encore plus rares, que je n'hésiterais pas à abandonner la décortication pour quelque chose de moins grave, si nous pouvons obtenir ainsi la guérison.

Pour arriver au résultat désiré, il suffit que, par un moyen ou par un autre, on débarrasse la tunique vaginale de la néomembrane, souvent épaisse, qui la double en cas d'hématoecèle ou d'hydrocèle ancienne. Ce que la décortication fait d'un seul coup, mais avec danger de mort, la suppuration de la cavité séreuse le produit un peu plus à la longue, mais aussi avec plus de sécurité pour le malade. C'est pourquoi nous pensons que l'incision simple de la tunique vaginale, suivie de suppuration à l'air libre ou en bourrant légèrement la

poche de charpie, constitue le meilleur et le plus simple des traitements en pareils cas.

Chez un malade que j'ai encore dans mes salles à l'hôpital Saint-Antoine (il s'agissait d'un garçon de 19 ans, et qui portait son hématocele depuis six ans), j'ai tenu cette conduite, et le malade se trouve aujourd'hui radicalement guéri. Un phénomène fort remarquable s'est montré ici, c'est qu'à un moment donné, trente jours après l'établissement de la suppuration du sac, toute la néomembrane s'est détachée d'une seule pièce. Voici cette poche qui offre une paroi externe blanchâtre et lisse, c'est celle qui était en rapport avec la séreuse, et une face interne rougeuse, tapissée de caillots fibrineux comme les parois d'un vieux anévrysme artériel. C'est là une circonstance heureuse qui abrège le traitement, et, tout exceptionnelle qu'elle est, vient en faveur du traitement des hématoèles et des vieilles hydrocèles, avec épaissement considérable des parois de la tunique vaginale par les incisions simples suivies de suppuration, au lieu de l'opération toujours dangereuse de la décortication.

Le but de cette communication n'est pas de fixer définitivement l'opinion sur la décortication, mais de faire appel à de plus expérimentés que moi, en vue de nous aider à résoudre cette question importante de pratique chirurgicale.

M. DESPÉZIS. Depuis quelques années, on a remis à l'ordre du jour la question de la décortication de la tunique vaginale, je tiens à dire que la décortication n'est pas ce qu'elle était autrefois; M. Gosselin lui-même a modifié sa méthode de traitement des hématoèles. Il se contente aujourd'hui de faire une incision avec excision de la tunique vaginale, en vue de provoquer une inflammation suppurative et par suite l'oblitération de la cavité.

M. LÉON LABBÉ. Je ne sais sur quel fondement s'appuie M. Després pour affirmer que M. Gosselin a abandonné son procédé de décortication de la tunique vaginale. Tout récemment encore, M. Gosselin a employé avec succès, dans un cas d'hématocele double, sa méthode telle qu'il l'a décrite dans son premier mémoire.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Coup de feu de la face. Restauration par l'autoplastie et la prothèse.

M. TRÉLAT présente un malade qui a subi plusieurs opérations de prothèse et d'anaplastie pour la restauration d'un coup de feu de la face.

M. Trélat. Les ressources combinées des méthodes réparatrices rendent chaque jour de précieux services dans la pratique de notre art; et les guerres de Crimée et d'Italie nous ont permis plus d'une fois de juger de leurs bienfaits.

J'ai eu récemment l'occasion de restaurer, par une série d'opérations et d'appareils prothétiques, la face d'un blessé qui m'était adressé de province par un de mes excellents amis, M. le docteur Dutard; et quoique la régularité primitive des formes n'ait point été entièrement rétablie, les fonctions sont actuellement presque normales, et la forme singulièrement améliorée.

L'accident (coup de fusil tiré sous le menton), avait eu lieu le 27 janvier 1867, et avait produit dans le squelette et les parties molles de la face un délabrement considérable. La bouche tout entière et la fosse nasale gauche formaient un énorme hiatus bordé de lambeaux noirs et déchiquetés. Pendant les premiers temps, l'alimentation présentait des difficultés considérables; enfin, grâce à des pansements convenables et à l'air des champs, la guérison fut achevée au bout de trois mois. Les plaies étaient alors cicatrisées, mais la parole était des plus confuses, la mastication absolument impossible, la déglutition elle-même difficile. Pour se nourrir, le malheureux blessé en était réduit à plonger sa face dans une jatte contenant un aliment liquide, lait, vin ou bouillon, et à humer le breuvage.

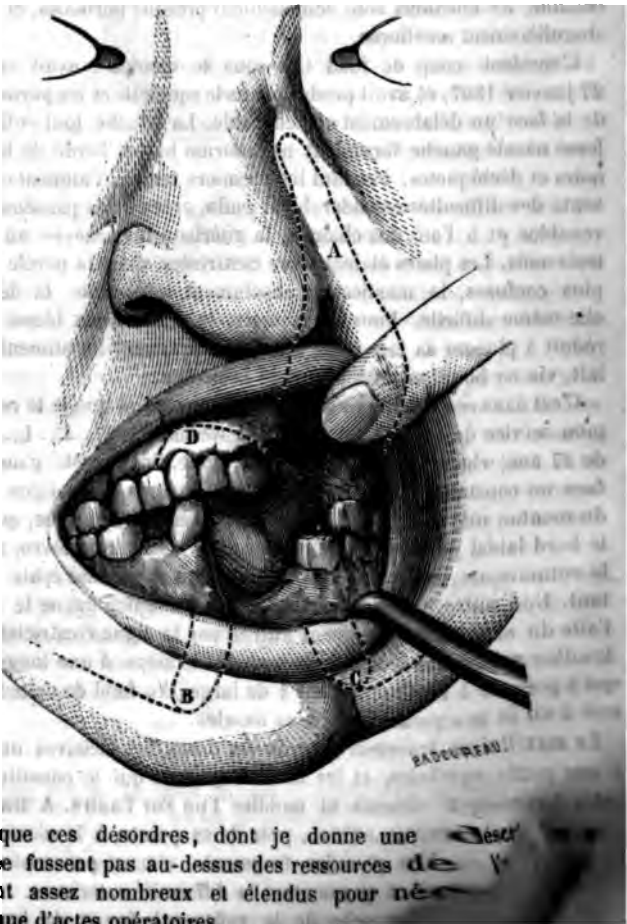
C'est dans ces conditions qu'il me fut adressé et que je le reçus dans mon service de Saint-Antoine, le 2 novembre 1867. J... L... est âgé de 37 ans, vigoureux et de taille moyenne. Sur le côté gauche de la face on constate : en bas et à deux centimètres de la ligne médiane du menton une cicatrice verticale profondément déprimée, qui rejoint le bord labial près de la commissure. Ce point de la lèvre, ainsi que la commissure, sont constitués par un tissu cicatriciel épais et résistant. Une autre cicatrice verticale, assez souple, gagne le sillon de l'aile du nez qui est fortement attirée par la ligne cicatricielle; enfin le sillon qui sépare le nez de la joue est le siège d'une longue fistule qui a près de 4 centimètres sur 1 de large. Au fond de cette fistule on voit à nu la muqueuse des fosses nasales.

Le maxillaire inférieur a perdu six dents, les incisives une canine et une petite molaire, et les deux fragments qui le constituent sont restés largement écartés et mobiles l'un sur l'autre. A travers leur écartement, la langue adhère, près de sa pointe, à la cicatrice de la lèvre inférieure. De plus les fragments, n'étant pas soutenus, sont raménés en dedans et augmentent la difformité extérieure.

Toute la portion gauche de la voûte palatine et du bord alvéo-

laire correspondant est détruite. La bouche et la fosse nasale communiquent largement. La lèvre ne forme qu'un pont jeté au-dessus de ce cloaque. La portion conservée du bord alvéolaire, qui confine à la perte de substance et qui porte trois incisives, n'est réunie que par un col fibreux et reste mobile sur le maxillaire. Cependant, le voile du palais est conservé dans son intégrité.

La figure suivante donne une idée des lésions.



Bien que ces désordres, dont je donne une description, ne fussent pas au-dessus des ressources de l'art, cependant assez nombreux et étendus pour nécessiter méthodiquement d'actes opératoires.

Je commençai par fermer la fistule nasale et agrandir l'ouverture de la bouche, bridée par la cicatrice commissurale. Cette opération, pratiquée le 16 novembre, fut facile et eut les suites les plus heureuses. Je réunis les bords de la fistule, après les avoir avivés et

FIG. 1.



FIG. 2.

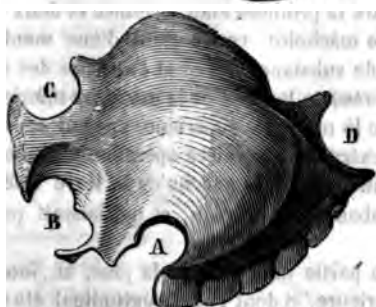
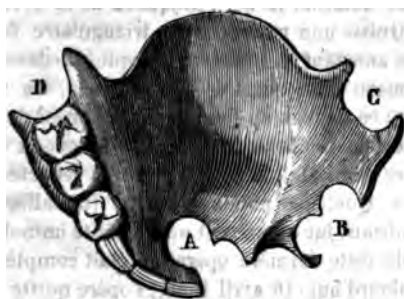


FIG. 3.



décollés, et pour la bouche, je me bornai à fendre la commissure et à suturer la muqueuse de la joue avec la peau correspondante.

Le 12 décembre, je décollai la face interne de la lèvre inférieure des adhérences anormales qu'elle avait contractées avec les fragments du maxillaire, et pour obtenir la persistance de ce décollement, je

recouverts toute la surface sanglante par un petit lambeau muqueux emprunté à la partie saine de la lèvre.

Le malade me suivit à l'hôpital Saint-Louis, et je le livrai alors, avec une bouche qui pouvait s'ouvrir et une lèvre inférieure mobile, à M. Dejardin, dentiste habile qui voulut bien me prêter son concours pour cette restauration complexe.

Le 16 janvier, une varicelle contractée dans les salles, où elle règne pour ainsi dire à l'état endémique, vint interrompre tout traitement.

Dès la fin de mars, M. Dejardin put reprendre son travail et substituer des appareils définitifs à ceux qui avaient été précédemment appliqués et qui avaient pour but d'accoutumer les parties au contact, et, surtout pour la mâchoire inférieure, à produire l'écartement convenable des deux fragments.

A la fin de mars la prothèse était terminée et deux pièces séparées, une pour chaque mâchoire, corrigeaient d'une manière très-convenable les pertes de substance des os et l'absence des dents.

La figure 2 représente la pièce de la mâchoire inférieure ; les figures 3 et 4 la pièce de la mâchoire supérieure vue sur ses deux faces.

Le 29 mars j'exécutai la dernière opération plastique destinée à relever et à soutenir l'extrémité gauche de la lèvre inférieure qui était encochée et tombante à ce niveau, et qui laissait parfois écouler la salive.

Je taillai, à la partie inférieure de la joue, un lambeau rectangulaire à base inférieure, et dont l'axe longitudinal était dirigé en haut et en dehors. Je détachai le bord muqueux de la lèvre de sa partie cutanée ; je détruisis une petite portion triangulaire formée de tissu inodulaire, puis amenant le lambeau disséqué au-dessous de la lèvre par une inclinaison d'un quart de circonférence, de telle sorte que l'axe se dirigeant en dedans au lieu de se diriger en dehors, je réunis le bord supérieur du lambeau avec le bord muqueux de la lèvre, de telle sorte que ce bord était à la fois soulevé, reporté, et légèrement attiré en dehors. Quelques points de suture (métallique), placés sur les côtés du lambeau, lui assurant une parfaite immobilité.

La guérison de cette dernière opération était complète au bout de dix jours, et aujourd'hui (16 avril 1880), l'opéré quitte l'hôpital.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, l'amélioration est grande sous tous les rapports. La forme n'a plus rien de choquant ; la préhension des aliments est devenue facile à l'aide des procédés habituels, cuiller et fourchette.

La mastication n'est pas encore très-facile, le malade ne portant ses nouveaux appareils que depuis très-peu de temps ; mais les pro-

grès qu'il fait permettent d'espérer qu'il arrivera à mâcher des aliments résistants. Enfin la parole a complètement changé de caractère. Toutes les lettres sont régulièrement prononcées, sauf le C, qui ressemble un peu au CH, et le P, qui tire sur l'F; malgré ces deux incorrections légères, le langage est parfaitement intelligible, surtout depuis la dernière opération, qui a mobilisé et assoupli la lèvre inférieure.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dr LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 22 AVRIL 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

- Les journaux de la semaine.
- Le *Bulletin de thérapeutique*.
- Les fascicules 1 et 2 du tome II (3^e série) du *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*.

— M. Giraldès offre à la Société plusieurs ouvrages : *Maladies de la peau*, de F. Hebra; traduction anglaise éditée par la Sydenham Society. — *Glaucoma and its cure by Iridectomy*, by Sælberg Wells. — *A Sketch of Principles and Practice of subcutaneous Surgery*, by William Adams. — *Dissertatio inauguralis exhibens hodiernam aneurysmatum doctrinam*, par H. Van Leuven. 1843.

A l'occasion du procès-verbal :

M. DEMARQUAY. La communication de M. Panas relative à l'opération de l'hématocèle de la tunique vaginale, m'a vivement intéressé. J'avais été séduit par les indications fournies dans le travail de M. Gosselin, et j'avais adopté sa pratique de la décortication. J'ai obtenu d'abord de très-beaux succès, mais depuis, j'ai perdu deux malades à la suite de cette opération. J'ai alors incisé la tunique vaginale et fait un pansement avec un digestif, et j'ai encore eu des accidents.

Dans plusieurs cas où je n'ai pu reconnaître la fausse membrane, tout a suppuré, et les malades ont guéri.

En somme, j'ai obtenu de meilleurs résultats depuis que je n'ai plus pratiqué la décortication, et aujourd'hui, je préfère revenir au procédé ancien.

M. GIRALDÈS. La décortication m'a donné de bons résultats; j'ai eu occasion de la pratiquer chez trois individus affectés d'hématocèle vaginale, et tous les trois ont guéri sans accidents.

M. CHASSAIGNAC. L'opération de la décortication m'a toujours paru une opération d'une difficulté très-grande.

L'opération de la décortication me paraît être une espèce de castration sans ablation du testicule.

A l'hôpital Lariboisière, j'ai observé plusieurs cas d'hématocèle. Pour guérir les malades, je pratiquais le drainage et je faisais ensuite injecter de la teinture d'iode dans la tunique vaginale; j'ai ainsi obtenu des succès très-satisfaisants.

M. DESRÈS. Dans la dernière séance, j'ai affirmé certains faits relatifs à la pratique de M. Gosselin, et M. Labbé les a niés. J'ai fait des recherches qui m'autorisent à affirmer de nouveau que M. Gosselin a modifié son procédé.

Il y a plusieurs années, à la Société de chirurgie, il y a eu ici une discussion sur ce sujet, et il a été convenu que l'on ne devait pas, qu'on ne pouvait pas enlever la fausse membrane qui recouvrait le testicule.

L'anatomie pathologique de ce qu'on appelle l'hématocèle de la tunique vaginale, a fait aujourd'hui des progrès, et on peut dire qu'il y a deux espèces de lésions auxquelles la décortication a été appliquée : une hématocèle et une inflammation chronique de la tunique vaginale. Dans le premier cas, il y a des caillots sanguins et des fausses membranes inflammatoires; dans le second cas, c'est un épaissement de la tunique vaginale. L'opération, alors, consiste à racler la tunique vaginale ou à enlever cette tunique vaginale épaissie. Or, du moment que l'on n'enlève pas la tunique vaginale du testicule même, l'opération reste, dans le second cas, une incision avec excision, avec cette différence que la peau est conservée.

COMMUNICATION.

Fondation de prix par madame Laborie.

M. VERNEUIL annonce à la Société de chirurgie qu'une lettre lui a été adressée par M. le docteur de Laurès, ami et exécuteur testamen-

taire de notre regretté collègue Laborie, pour faire connaître à la Société de chirurgie une disposition des plus libérales, dont la veuve de notre confrère a pris l'initiative.

Madame Laborie, dans sa générosité, voulant honorer la mémoire de son mari, désire fonder un prix annuel de 1,200 francs pour perpétuer son nom dans la science.

Dès à présent, le capital de cette rente annuelle est mis à la disposition de la Société de chirurgie. Celle-ci arrêtera un programme de prix et le soumettra à l'approbation de la donatrice.

Une lettre de remerciements sera écrite à madame Laborie, et une démarche sera faite auprès d'elle pour lui témoigner toute la reconnaissance de la Société de chirurgie.

LECTURE.

Sur l'application de la suture osseuse au traitement du bec-de-lièvre double compliqué de saillie de l'os intermaxillaire, avec deux observations.

M. BAUCA. Dans la discussion qui a eu lieu récemment à l'occasion du cas de bec-de-lièvre compliqué présenté par M. Demarquay, j'ai mentionné une opération que j'ai faite l'année dernière dans un cas analogue, et où la conservation du tubercule osseux a parfaitement réussi. Je viens donner à la Société quelques détails de plus sur cette observation, qui est peut-être unique jusqu'ici, et qui démontre la possibilité d'un fait nié par la plupart des chirurgiens.

On s'accorde généralement à dire aujourd'hui que le tubercule incisif formé par la présence des deux os intermaxillaires, doit être enlevé, suivant la méthode de Franco, toutes les fois qu'il fait, en avant des os maxillaires et au-dessous du nez, une saillie notable. Ce n'est qu'à regret que les chirurgiens se sont décidés à faire ce sacrifice, et à produire sur l'arcade dentaire une mutilation irréparable. Mais, d'une part, la saillie de l'os incisif s'oppose absolument à la présence des parties molles. Il faut donc faire disparaître cet obstacle; et, d'une autre part, les procédés suivis pour refouler le tubercule osseux en arrière n'ont donné, jusqu'ici, que des résultats défectueux. Ces procédés sont au nombre de trois : la compression graduelle, la fracture de la cloison des fosses nasales, et l'excision en V de cette cloison.

La compression, employée par Desault, n'est applicable qu'aux cas où la saillie du tubercule osseux est très-peu considérable, et elle échoue d'ailleurs presque toujours, parce que la cloison des fosses nasales, beaucoup plus épaisse et beaucoup plus solide qu'à l'état

normal, oppose ordinairement aux moyens de compression une résistance presque invincible. Enfin il est douteux que le tubercule, une fois refoulé, puisse se consolider, entre les os maxillaires, à un degré suffisant pour servir à la mastication.

Bichat nous dit bien, en parlant de la petite opérée de Desault, que les aliments ne revenaient plus par les narines et que le vice de prononciation était corrigé, mais il ne parle pas de l'état de la mastication, de sorte qu'il est permis de mettre en doute la solidité de l'os intermaxillaire.

La fracture de la cloison des fosses nasales, opérée une fois de vive force par Gensoul, a permis à ce chirurgien de réduire le tubercule osseux et de réunir les chairs avec succès. Mais le sujet était âgé de 13 ans; or, il est bien rare que les becs-de-lièvre doubles et compliqués d'une forte saillie de l'os incisif soient opérés aussi tard. L'opération se pratique presque toujours chez de très-jeunes enfants, et, à cet âge, la cloison ne se laisserait pas aisément fracturer, car elle est encore en grande partie cartilagineuse, et elle joint, à une très-grande épaisseur, un certain degré de souplesse. Il ne serait pas impossible, sans doute, de vaincre sa résistance et de la rompre, en employant une force suffisante; mais on ne peut savoir où s'opérerait la fracture, qui pourrait, à travers la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, se prolonger jusqu'à la base du crâne. Puis, la fracture une fois produite, la réduction ne pourrait se faire qu'à la faveur d'un chevauchement qui doublerait l'épaisseur de la cloison et rétrécirait considérablement les fosses nasales. Ces difficultés ont fait reculer les chirurgiens, et le fait de Gensoul, qualifié par Malgaigne de « tentative hasardeuse », est resté unique jusqu'ici.

Le procédé de Blandin est incomparablement meilleur : il consiste à pratiquer dans la cloison, avec des cisailles, une perte de substance limitée par deux incisions qui, partant l'une et l'autre du bord inférieur de la cloison, se réunissent en haut en forme de V renversé. Le tubercule osseux médian, devenu mobile, peut alors être aisément refoulé en arrière, et la réduction est obtenue sans produire le chevauchement de la cloison, l'écartement des branches du V ayant été calculé de telle sorte que ces deux branches sont amenées au contact lorsque le tubercule est réduit. On procède alors à l'avivement et à la réunion des parties molles.

Ce procédé a donné lieu à plusieurs objections. En premier lieu, la section de la cloison est presque toujours suivie d'une hémorrhagie difficile à arrêter. Il y a dans cette cloison, qui est très-hypertrophiée, une et quelquefois deux artères qui fournissent du sang en abondance

et qui, renfermées dans un canal osseux ou cartilagineux, ne peuvent être liées. M. Guérard, qui a appliqué plusieurs fois le procédé de Blandin, a obvié à cet inconvénient au moyen de la cautérisation actuelle pratiquée avec un cautère en bec d'oiseau. La méthode galvano-caustique permet aujourd'hui de faire très-facilement cette cautérisation. Je me sers, pour cela, du petit cautère pointu et recourbé que M. Middeldorpf a fait construire pour cautériser le canal nasal. Avec cet instrument, on limite la cautérisation à l'orifice même de l'artère, et la petite eschare tombe assez promptement pour ne pas retarder la cicatrisation de la cloison. La première objection est donc résolue.

Un autre embarras résulte quelquefois du volume trop considérable du tubercule osseux médian, qui peut se trouver trop large pour pénétrer dans l'écartement de l'arcade alvéolaire. Mais on peut toujours y remédier en excisant une partie du tubercule.

Mais il reste une troisième objection qui, jusqu'ici, a paru décisive. Le tubercule osseux n'est fixé que par la cloison, qui se consolide sans doute en se cicatrisant, et qui probablement même se réunit, au moins en partie, par un cal osseux, mais qui ne donne qu'un point d'appui insuffisant au tubercule incisif suspendu au-dessous d'elle. Ce tubercule, dont les bords sont libres d'adhérences, reste toujours plus ou moins mobile entre les deux maxillaires; les dents qui s'y implantent ne peuvent servir à la mastication, et le bénéfice du procédé de Blandin devient, par conséquent, illusoire. C'est ce qui résulte de toutes les enquêtes qui ont été faites sur les suites de cette opération; la question a été agitée plusieurs fois dans les discussions de la Société de chirurgie, et tous ceux de nos collègues qui ont pris la parole se sont accordés à dire qu'il n'existe pas un seul cas où les résultats définitifs du procédé de Blandin aient été satisfaisants.

L'avivement des bords du tubercule et de la fente maxillaire, employé, en 1843, par M. Debrou comme complément du procédé de Blandin, ne suffit même pas à fixer l'os incisif. La cicatrice purement fibreuse, que l'on obtient ainsi, n'a pas la solidité nécessaire pour résister à la pression de la mastication, et le tubercule conserve toujours une certaine mobilité.

Dans le seul cas, à moi connu, où ce procédé ait été appliqué, le résultat immédiat parut d'abord favorable; le tubercule semblait solide, mais ce n'était qu'une apparence. M. Demarquay, écrivant l'année dernière un article de dictionnaire sur le bec-de-lièvre, a demandé à M. Debrou des nouvelles de son opéré, qui est encore bien vivant.

Le tubercule s'est dévié en arrière, et l'une des incisives qu'il supporte est dirigée vers la langue, qui n'en est cependant pas gênée; mais il n'est nullement soudé aux os maxillaires, et on peut l'incliner en avant et en arrière (1).

L'objection tirée de la mobilité du tubercule osseux, qui reste inutile et même gênant après la guérison du bec-de-lièvre proprement dit, est évidemment applicable aux procédés de Desault et de Genoul aussi bien qu'à celui de Blandin.

Les chirurgiens sont donc revenus aujourd'hui au principe qui avait prévalu depuis Franco jusqu'à Desault, et qui consiste à pratiquer l'excision totale du tubercule incisif. Il est certain qu'en agissant ainsi, on simplifie beaucoup l'opération; mais les quatre dents incisives sont à jamais perdues; et de plus, ainsi que Desault l'avait déjà remarqué, la cicatrice labiale, tiraillant les chairs de la joue, amène peu à peu le rapprochement des os maxillaires, qui, quelquefois même, arrivent à se toucher sur la ligne médiane. L'arcade dentaire supérieure, devenue beaucoup plus courte que l'inférieure, ne coïncide plus avec elle, ce qui produit à la fin une difformité fâcheuse et une gêne notable de la mastication.

C'est ce qui m'a décidé à faire de nouvelles tentatives pour conserver le tubercule osseux. La seule objection sérieuse tirée de la mobilité et de l'inutilité de ce tubercule ne m'a pas paru sans réplique. J'ai pensé qu'un avivement latéral, portant sur le tissu osseux et suivi d'une suture appliquée sur les os eux-mêmes, avait toutes chances d'amener un travail de consolidation parfaite, une réunion par un cal osseux. J'ai mis deux fois cette idée en pratique, et je viens soumettre à la Société les résultats que j'ai obtenus.

Mon premier fait est sans valeur au point de vue de la question de la soudure osseuse, puisque l'enfant n'a pas vécu. Mais il est intéressant en ce sens qu'il nous offre un exemple d'une variété rare de bec-de-lièvre compliqué.

Il y a deux ans environ, pendant que j'étais chirurgien de l'hôpital

(1) Voir l'observation de M. Debrou dans le *Bulletin de thérapeutique*, 1844, t. XXVII, p. 441, et l'article BEC-DE-LIÈVRE de M. Demarquay, dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, 1868, t. IV, p. 710. On lit dans cet article, d'après une note rédigée par M. Debrou : « La soudure osseuse n'a donc pas eu lieu, malgré le soin qui avait été pris dans l'opération de ne pas aviver seulement la muqueuse, mais d'entamer les bords osseux de l'os intermaxillaire. » — Mais on lit dans le *Bulletin de thérapeutique*, loc. cit. : « Le lendemain, M. Debrou commença par aviver, avec un

Saint-Antoine, mon collègue et ami M. Axenfeld, chargé du service des nourrices, me présenta un enfant âgé de 13 jours et atteint de bec-de-lièvre double, avec saillie du tubercule incisif, tubercule suspendu au-dessous du nez, faisant, en avant des os maxillaires, une saillie médiane d'environ 1 centimètre seulement; mais la cloison qui le supportait était assez épaisse et assez résistante pour opposer un obstacle absolu à la réduction. Il n'y avait, d'ailleurs, aucun écartement des os maxillaires, et c'est ce qui constitue la rareté du fait. Le voile du palais était normal, ainsi que la voûte palatine. La complication du bec-de-lièvre était exclusivement limitée aux os intermaxillaires, qui s'étaient soudés sur la ligne médiane et qui, sur les côtés, ne s'étaient pas unis aux os maxillaires.

La fente du squelette n'avait donc pas, comme d'habitude, la forme d'un Y, mais seulement la forme d'un V dont le sommet correspondait au trou palatin antérieur, et dont l'ouverture, correspondant au trou alvéolaire, avait un peu plus d'un centimètre de large. Le tubercule, comme d'habitude, était notablement hypertrophié, et sa largeur était plus grande que celle de la fente de l'arcade alvéolaire.

J'ai l'habitude, lorsque rien ne s'y oppose, d'opérer le plus tôt possible le bec-de-lièvre simple ou compliqué, fût-ce même le jour de la naissance; mais cet enfant était si chétif, il était dans un tel état de maigreur et de faiblesse, qu'il paraissait n'avoir que quelques jours à vivre. Je jugeai donc inopportun de l'opérer immédiatement. Toutefois, comme la mère semblait très-impatiente de faire faire l'opération, je lui promis de la pratiquer dès que l'enfant irait un peu mieux, et je l'ajournai à quinzaine. M. Axenfeld partagea mon opinion, mais trois jours après, il vint m'annoncer qu'il avait découvert la vraie cause du dépérissement de l'enfant. Il résultait, des propos tenus par la mère, qu'elle était bien résolue à ne pas élever ce petit monstre et à le laisser mourir de faim; mais qu'elle était prête cependant à prendre soin de lui et à lui rendre sa tendresse si la chirurgie pouvait lui rendre une figure humaine. En présence d'une pareille situation, toute hésitation devait disparaître, et quoique l'enfant eût encore notablement dépéri depuis trois jours, je me décidai, pour ainsi dire

bistouri, les bords de la partie moyenne de la lésion. Aussitôt après, il détacha, à l'aide d'une pince à crochet et du bistouri, un lambeau de la muqueuse sur chacun des points correspondants du tubercule osseux intermaxillaire et de la partie de l'os maxillaire avec laquelle il devait se trouver en rapport après l'opération. Il ne resta plus qu'à rafraîchir avec les ciseaux, les parties latérales de la lèvre, et à faire la réunion par suture. »

in extremis, à lui procurer, par l'opération, la seule chance de salut qui pût lui rester.

Je pratiquai donc cette opération en présence de M. Axenfeld : j'attaquai d'abord la cloison, suivant le procédé de Blandin; dès que le segment en V fut enlevé, je cautérisai, avec le cautère aigu de Middeldorpf, la petite artère de la cloison; puis j'avivai, avec un fort scalpel, le tissu osseux des deux bords du tubercule incisif et des deux bords de la fente de l'arcade alvéolaire; enfin, avec un poinçon, je perforai obliquement, de chaque côté, les deux bords correspondants des pièces osseuses, et, poussant un fil d'argent dans chaque trajet, je fis sur les os deux points de suture, l'un à droite, l'autre à gauche. Le tubercule incisif reprit ainsi exactement sa place, et lorsqu'il fut bien fixé, je fis, à l'aide de plusieurs fils d'argent, la réunion des deux moitiés de la lésion, préalablement décollées par la dissection. Le tubercule labial médian fut employé à former la sous-cloison, mais comme il était fort court, je ne pus fixer son sommet dans la partie supérieure de la suture labiale sans exercer un tiraillement assez fort sur la pointe du nez.

L'enfant avait perdu fort peu de sang pendant l'opération; le lendemain, l'état local était excellent; la difformité était parfaitement corrigée; il n'y avait pas de gonflement. L'état général ne paraissait pas s'être aggravé. La mère, qui semblait fort satisfaite, et qui, dans le fait, avait pris grand soin de son enfant depuis l'opération, déclara qu'elle ne pouvait rester plus longtemps à l'hôpital et fit signer sa sortie, en promettant de venir tous les matins nous montrer notre petit opéré. Elle revint effectivement le lendemain : les parties étaient encore dans le meilleur état, mais l'enfant était toujours aussi faible, et il succomba probablement dans la journée, car la mère ne revint plus à l'hôpital.

Cette terminaison n'était que trop prévue, et, si je n'avais pas eu la main forcée, je n'aurais pas pratiqué une opération dans des conditions aussi défavorables, mais cette première tentative m'avait, du moins, appris que la suture osseuse était facile à appliquer, qu'elle compliquait peu l'opération, et qu'en fixant le tubercule incisif sur le plan de l'arcade alvéolaire, elle favorisait le rapprochement des parties molles et la formation de la sous-cloison du nez au moyen du tubercule labial médian. Je jugeai donc qu'il n'y avait pas lieu de renoncer à ce procédé, et je me promis de l'appliquer de nouveau à l'occasion.

Je m'en demandai toutefois s'il était opportun, en pareil cas, de faire en une seule séance une opération qui se compose de deux parties

très-distinctes, et évidemment réparables : la réduction et la réunion des os, l'avivement et la réunion des parties molles. Blandin avait l'habitude de pratiquer dans une première séance l'excision triangulaire de la cloison et la réduction du tubercule ; il appliquait ensuite sur la lèvre un bandage compressif, qui maintenait le tubercule dans sa nouvelle position ; et au bout d'une ou plusieurs semaines, il avivait et réunissait les chairs. Dans le cas de M. Debrou, la cloison fut excisée le premier jour ; l'avivement du tubercule et la réunion de la lèvre furent faits le lendemain. Cette séparation des deux temps de l'opération a l'avantage de ne pas fatiguer l'enfant par une séance trop longue ; et lorsque l'intervalle est de plusieurs jours, le petit opéré a le temps de réparer la perte de sang, ordinairement assez considérable, qui suit l'excision du vomer. Mais on peut, comme je l'ai déjà dit, réprimer immédiatement avec le cautère électrique l'hémorrhagie de la cloison. Maintenant, on peut se demander si un jeune enfant sera moins fatigué, moins épuisé, par deux opérations partielles que par une opération plus longue, mais unique. Je pense que, sous ce rapport, l'avantage est du côté de l'opération unique. Ce n'est donc point là ce qui me ferait hésiter. Mais il y a un argument sérieux à invoquer en faveur de la pratique de Blandin. On se propose toujours de former la sous-cloison au moyen du tubercule labial médian. Or, lorsque la saillie de l'inter-maxillaire est très-considérable, le tubercule labial est trop court pour pouvoir être amené, sans beaucoup de tiraillements, jusqu'au niveau du bord supérieur de la suture de la lèvre. C'est en vain que, pour le rendre plus élastique, on le disèque, de bas en haut, dans une étendue de quelques millimètres ; lorsque la suture est terminée, on voit que le tubercule labial, devenu horizontal et transformé en sous-cloison, attire fortement, en bas et en arrière, la pointe du nez, que l'élasticité des cartilages nasaux tend, au contraire, à relever. La suture se trouve donc aux prises avec cette élasticité, dont l'action, faible sans doute, mais continue, oppose un obstacle très-grand au succès de la réunion de la sous-cloison. Celle-ci se sépare presque toujours de la lèvre proprement dite, et son sommet forme, au dessous du nez et au-devant de la lèvre réunie, un petit tubercule disgracieux, qu'il est ensuite nécessaire d'exciser. Il est clair que l'opération en deux temps atténuerait beaucoup l'inconvénient qui résulte de la trop grande brièveté du tubercule labial. Le tubercule osseux, une fois refoulé en arrière et fixé solidement par la suture osseuse, attirerait fortement, en bas et en arrière, le tubercule charnu médian qui s'insère sur lui, et le retour élastique des cartilages du nez, ne pouvant triompher de la résistance

des fils métalliques qui traversent les os, amènerait très-probablement, au bout de quelques semaines, l'allongement du tubercule charnu qui doit former la sous-cloison. Cet allongement favoriserait beaucoup le succès de la seconde partie de l'opération.

Telle était la question que je m'étais posée, et que je n'avais pas encore résolue, lorsqu'un confrère de la province, M. le docteur M..., vint à Paris, au mois d'avril 1867, pour me prier d'opérer son fils, âgé de 2 mois et demi, et atteint d'un bec de lièvre double, compliqué de saillie du tubercule incisif. Je lui fis part de mes hésitations, et il les comprit parfaitement. J'inclinai à faire toute l'opération en une seule séance, tout en reconnaissant qu'une opération en deux temps pouvait offrir quelques avantages. Réflexion faite, il donna la préférence à l'opération en un seul temps, et, dès lors, je n'hésitai plus.

L'enfant était atteint d'une gueule de loup aussi complète que possible. Le voile du palais, la voûte palatine, étaient divisés dans toute leur longueur. Le tubercule inter-maxillaire faisait, en avant des os maxillaires, une saillie de 15 millimètres, et était suspendu au bout du nez. Sa direction était très-oblique; sa forme était presque globuleuse, et son diamètre transversal, long de 15 millimètres, l'emportait de plusieurs millimètres sur la largeur de la fente de l'arcade alvéolaire. La cloison était très épaisse et très-solide; le tubercule labial médian, beaucoup moins large et surtout beaucoup moins long que le tubercule osseux, laissait des deux côtés apercevoir la muqueuse. Enfin, les deux bords latéraux de la lèvre étaient très-écartés; et il était clair que, pour les amener au contact sur la ligne médiane, il faudrait recourir à une véritable autoplastie. L'éruption des dents incisives n'était pas encore commencée.

L'opération fut pratiquée le 28 avril 1867.

Je pratiquai d'abord sur la sous-cloison, aussi en arrière que possible, à l'aide d'une cisaille recourbée sur le plat, l'excision triangulaire de Blandin. Le segment que j'enlevai avait 8 millimètres de base; son sommet s'élevait en haut jusqu'au voisinage du dos du nez. Deux jets de sang, fournis par les artérioles de la cloison, furent réprimés aussitôt avec le cautère pointu de Middeldorpf. Le tubercule osseux, devenu bien mobile, pouvait aisément être refoulé en arrière; mais il ne pouvait pénétrer dans la fente maxillaire, moins large que lui. Je procédai alors à l'avivement des os, à l'aide d'un bistouri à périoste, emportant sur chacun des quatre bords osseux une sorte de copeau, formé par une couche de muqueuse et par une couche d'os. La fente se trouvait ainsi élargie, mais, quoique le tubercule fût en

même temps rétréci, il était encore trop large pour pénétrer dans la fente ; de sorte que je fus obligé d'en enlever encore une tranche. Cette nouvelle excision osseuse, pratiquée sur le bord gauche du tubercule, mit à nu le follicule de l'incisive latérale. Le tubercule ainsi réduit put être introduit dans la fente ; il ne s'agissait plus que de l'y assujettir.

A cet effet, je m'armai d'un poinçon en forme d'alène, et je pratiquai sur chacun des quatre bords osseux une perforation oblique, qui commençait, sur la face antérieure, à trois millimètres du bord, aboutissant, en arrière, à la limite postérieure de l'avivement du tissu osseux. Chaque fois, après avoir retiré le poinçon, je poussais aussitôt à sa place un fil d'argent qui parcourait le trajet à la manière de la soie de sanglier du fil des cordonniers. Lorsque les quatre fils furent placés, je les mariai deux à deux par torsion, et, attirant ainsi l'un par l'autre, j'obtins de chaque côté une ause unique qui traversait à la fois le tubercule et l'os maxillaire adjacent. Je reproduisis alors la réduction du tubercule osseux, et lorsqu'il fut bien en place, je terminai la suture en tordant ensemble les deux anses de chaque fil d'argent. Le petit tourillon de torsion fut aplati et couché sur la face antérieure des maxillaires, afin que son extrémité ne vint pas blesser la lèvre.

Tel fut le premier temps de l'opération.

Je décrirai moins minutieusement le second temps de l'opération. Je libérai d'abord de bas en haut, dans une étendue de trois à quatre millimètres, le sommet du tubercule labial, afin de pouvoir relever un peu la pointe du nez, que la réduction du tubercule osseux avait fortement abaissée. Puis je procédai à l'avivement des deux bords labiaux suivant un procédé que j'ai déjà fait connaître à la Société, il y a quelques années (voyez *Bulletin de la Société de chirurgie*), et qui n'est qu'un dérivé du procédé bien connu de M. Mirault (d'Angers). Du côté droit, je poussai l'avivement presque au-dessous du bord libre. Du côté gauche, je n'avivai que la moitié supérieure de la fente labiale, et au-dessous de cet avivement je pratiquai de dedans en dehors une incision à peu près horizontale, mais cependant curviligne, à concavité supérieure, qui se termine à sept millimètres environ au-dessus de la bouche. Je produisis ainsi, sur la moitié gauche de la lèvre, un petit lambeau courbe, dont le bord inférieur interne devait devenir horizontal pour constituer le bord libre de la nouvelle lèvre ; et dont le bord supérieur ou saignant, mince en dedans, épais en dehors, devait venir s'appliquer sur le bord inférieur déjà avivé de la moitié droite de la lèvre. Mais les deux moitiés de la

lèvre étant beaucoup trop courtes pour pouvoir être amenées en contact, il fallut donc les détacher des os, ainsi que la partie adjacente des deux joues; et en même temps, pour pouvoir reformer les narines, je libérai les ailes du nez, en déviant de bas en haut, dans la moitié environ de leur hauteur, les insertions sur le bord antérieur des apophyses mastoïdes. Je pus ainsi obtenir, sans trop de tiraillements, la réunion des deux moitiés de la lèvre. Je les fixai avec six points de suture au fil d'argent, dont quatre appliqués sur le corps de la lèvre donnèrent une suture verticale et médiane, tandis que les deux autres furent appliqués sur le sommet et sur la base du lambeau horizontal. Enfin, le sommet du tubercule labial, transformé en sous-cloison, fut fixé sur la partie supérieure de la suture médiane par un septième fil qui traversait à la fois ce tubercule et les deux moitiés de la lèvre; mais je reconnus alors que la sous-cloison trop courte tirait fortement la pointe du nez, et il me parut probable que ce dernier point de suture ne tiendrait pas.

Les suites de l'opération furent assez sérieuses pendant les trois premiers jours. L'inflammation locale fut très modérée, et le gonflement presque nul; mais l'enfant eut beaucoup de fièvre: le peu de lait qu'on lui donnait était promptement vomi, et pour éviter les efforts des vomissements, je dus tenir le petit opéré à la diète, ce qui naturellement l'affaiblit beaucoup. Au bout de trois jours on lui rendit son lait; il le supporta bien; la fièvre se calma et les forces se relevèrent peu à peu.

Le quatrième jour, je constatai que la sous-cloison s'était coupée sur le fil et s'était séparée de la lèvre. Le fil supérieur, devenu inutile, fut enlevé. Le lambeau horizontal était au contraire parfaitement réuni; j'enlevai les deux fils qui le fixaient, ne laissant en place que les quatre fils de la suture médiane. Ceux-ci furent enfin retirés le huitième jour; ils avaient bien tenu, à l'exception du supérieur qui avait coupé les chairs. La lèvre était bien réunie dans toute sa hauteur, excepté tout en haut, où il restait au-dessous et en arrière de la sous-cloison un trou de la largeur d'un pois. Pour favoriser la réunion de cette ouverture et la soustraire au tiraillement latéral, j'appliquai, à l'aide de bandelettes de sparadrap, le bandage unissant du bec-de-lièvre. L'ouverture se rétrécit rapidement, se remplit de bourgeons charnus.

Le treizième jour elle était presque entièrement cicatrisée, et j'enlevai le bandage unissant.

Restaient les deux points de suture osseux. Ils n'avaient produit aucun accident, et j'aurais voulu les laisser en place quelque temps

encore; mais les parents de l'enfant avaient hâte de quitter Paris, et le 15 mai, voyant que le tubercule paraissait déjà très-solide, je me décidai à enlever les deux fils d'argent. La guérison était parfaite, si ce n'est que le sommet de la sous-cloison cicatrisé isolément faisait au-dessous et en avant de la cicatrice labiale un petit tubercule arrondi.

La bouche était très-petite. La lèvre inférieure, beaucoup plus longue que la supérieure, faisait en avant une saillie très-considérable; mais on sait que cette difformité, inévitable pendant les premiers temps, s'efface ensuite peu à peu.

Je n'ai plus revu depuis lors mon petit opéré; mais, le père m'a donné plusieurs fois de ses nouvelles. J'extrais les passages suivants de ses dernières lettres.

4 janvier 1868... « L'enfant a aujourd'hui près de 14 mois. Sa santé est très-bonne; malgré la division palatine, il avale sans la moindre difficulté des panades et des potages au vermicelle. Sa voix n'est que très-légèrement nasonnée quand il dit : *papa* et *maman*. La *réunion osseuse est complète*. Il n'y a pas encore de dents à la mâchoire supérieure. L'orifice buccal se refait tous les jours. Les narines sont encore un peu trop étroites, et la respiration est gênée lorsque la bouche est fermée. »

22 mars 1868... « J'ai examiné avec le plus grand soin l'état de la mâchoire supérieure de notre petit opéré. Les faces antérieures et postérieures de cette mâchoire ne sont marquées d'aucun sillon au niveau des sutures de l'os maxillaire avec les deux os sous-maxillaires. Seul, le bord libre offre deux petites dépressions aux points qui correspondent à la réunion. J'ai essayé, à différentes reprises, d'imprimer des mouvements antéro-postérieurs à cet os maxillaire. Il m'a été impossible d'éprouver la moindre sensation de déplacement. L'enfant serre très-fort entre les mâchoires les corps les plus durs, aussi bien au niveau du tubercule que partout ailleurs. Il s'agit bien réellement d'une soudure osseuse. Il n'y a pas encore de dents à la mâchoire supérieure. La lèvre supérieure est plus épaisse que l'inférieure. Celle-ci déborde de moins en moins, et si ce n'était le petit tubercule médian qui lui pend au-dessous du nez, l'enfant ne semblerait pas avoir eu cette affreuse difformité que vous avez si bien corrigée. Il marche seul maintenant... »

La petite difformité que signale ici M. le docteur M..., et que j'avais déjà constatée l'année dernière, pourra être aisément corrigée, soit par une petite opération plastique, dans laquelle le tubercule charnu serait employé à faire une sous-cloison, soit par l'excision pure et

simple de toute la partie saillante. L'opération, en tous cas, sera très-simple et très-légère. Il était à peu près inévitable que le tubercule, dont la longueur était très-insuffisante, ne se réunit pas à la lèvre; et je me demande maintenant, comme je me le demandais avant l'opération, s'il n'y aurait pas avantage, dans les cas de ce genre, à exécuter séparément, à quelques semaines ou à quelques mois d'intervalle, la réduction des tubercules et la réunion de la lèvre. J'ai lieu de croire, en effet, qu'à la suite de la réduction du tubercule osseux, le tubercule charnu médian s'allongerait d'une manière notable. Je ferai peut-être un jour cette tentative. Mais je reconnais que cette proposition est fort discutable; et il faut tenir compte, d'ailleurs, de l'impatience des familles, qui ont hâte de voir disparaître le plus tôt possible la difformité extérieure, et qui, probablement, désireraient toujours que l'opération soit faite en une seule séance.

On vient de voir que l'éruption des dents incisives supérieures est grandement en retard chez mon petit opéré. Les incisives médianes auraient dû paraître depuis plusieurs mois; les latérales même devraient être déjà sorties, car il est rare qu'elles soient ainsi incluses dans la mâchoire chez les enfants de cet âge (15 mois). L'incisive latérale gauche ne paraîtra probablement jamais, puisque son follicule a été mis à nu pendant l'opération; quoique ce follicule ait été laissé en place, il y a tout lieu de croire que le cal osseux a fait éruption dans l'alvéole, et fait atrophier la bulbe avant que la racine fût formée; mais j'espère que le développement des incisives permanentes ne sera pas empêché. J'ai eu soin, en effet, de passer les fils d'argent à travers la partie la plus inférieure des os, en m'éloignant le plus possible du bord supérieur de l'arcade alvéolaire, où se forment les follicules des dents permanentes.

Le retard, déjà considérable, qu'a subi l'éruption des incisives supérieures médianes peut être indépendant de l'opération. Ce retard s'observe quelquefois chez les enfants qui ne sont pas opérés; il est, d'ailleurs, loin d'être constant, quelquefois même les dents du tubercule incisif sortent plusieurs mois avant les incisives inférieures. On ne peut savoir quelle est celle de ces éventualités qui se serait présentée chez mon petit opéré, mais il me paraît probable que, toutes choses égales d'ailleurs, la réduction du tubercule est de nature à arrêter, pendant quelque temps, le travail odontogénique. La section de la cloison des fosses nasales prive le tubercule osseux de ses artères nourricières. Les anastomoses capillaires qui existent entre le plan antérieur de la cloison et le lobule du nez, suffisent toujours à entretenir la vie dans l'os inter-maxillaire, et bientôt de nouvelles commu-

nications vasculaires s'effectuent à travers les deux cicatrices osseuses de l'arcade alvéolaire; mais il s'écoule sans doute quelque temps avant que la circulation ait recouvré toute son énergie, et il n'en faut pas davantage pour expliquer le retard des phénomènes de l'éruption.

Quant aux dents incisives permanentes, dont l'importance est bien supérieure à celle des dents de lait, il y a lieu de croire que leur développement ne sera pas entravé par les conditions nouvelles que l'opération a créées. Ici encore il ne faut, toutefois, pas oublier que l'existence même du bec-de-lièvre compliqué, abstraction faite de toute opération réparatrice, suffit souvent pour faire avorter une ou plusieurs des dents incisives temporaires ou permanentes. Ainsi, j'ai disséqué une fois un tubercule était surmonté de deux grosses incisives médianes; mais je cherchai vainement les follicules des incisives latérales. Dans un autre cas, où le bec-de-lièvre était moins compliqué et où il n'y avait sur l'arcade alvéolaire qu'une seule fente, située à gauche, j'ai constaté que la mâchoire supérieure n'avait que trois incisives, quoique l'enfant fût déjà âgée de 5 ans. Enfin, j'ai vu un adulte qui avait été opéré, dans sa jeunesse, d'un bec-de-lièvre simple, et qui n'avait non plus que trois incisives supérieures, quoiqu'il n'eût perdu aucune dent, et que la rangée dentaire fût continue. Ce dernier fait prouve que les conditions qui font naître le bec-de-lièvre peuvent mettre obstacle non-seulement au développement des dents de lait, mais encore à celui des dents permanentes. Il est bien clair que l'ostéoplastie ne peut modifier en rien ces défauts originelles, et qu'il y a toujours quelque chance pour que l'éruption des dents définitives soit incomplète. Mais, c'est un détail d'une importance tout à fait secondaire.

En résumé, je pense que la méthode qui consiste à conserver le tubercule osseux, dans le cas de bec-de-lièvre double, compliqué de la saillie de ce tubercule, a été trop facilement abandonnée par les chirurgiens. Sans prétendre que la conservation de ce tubercule soit toujours possible, je viens de prouver qu'il y a des cas où elle peut réussir d'une manière complète, à la faveur de l'avivement du tissu osseux et de la suture osseuse.

Quelques mots, en terminant, sur les contre-indications. Lorsque le tubercule osseux fait une saillie excessive, qu'il est situé directement sur le prolongement du bout du nez, et que le tubercule labial médian est très-court, la réduction, sans être impossible, serait fort difficile, et il faudrait quelquefois, pour l'obtenir, effacer presque entièrement le nez. Dans un cas de ce genre, je commencerais par

exciser la cloison, et, d'après le résultat que donnerait le refoulement du tubercule, je me déciderais à le conserver ou à l'enlever.

Une seconde contre-indication résulterait de la trop grande exiguité du tubercule osseux. Il est clair, en effet, que s'il était plus étroit que la fente de l'arcade alvéolaire, il ne pourrait y être fixé par la suture osseuse. Il n'est pas nécessaire, sans doute, que le contact des surfaces osseuses avivées soit absolu des deux côtés; quand même il resterait à droite ou à gauche un léger écartement, d'un ou deux millimètres par exemple, les phénomènes de la cicatrisation, ou même de la cicatrisation osseuse, pourraient encore s'effectuer. Mais si la disproportion était plus grande, il y aurait lieu d'hésiter. Pourrait-on se borner à n'aviver le tubercule que sur un de ses bords, à ne suturer que ce bord, et la soudure osseuse obtenue d'un seul côté aurait-elle une solidité suffisante? C'est une question que je ne me permettrai pas de résoudre. Si, comme je l'espère, la méthode conservatrice reprend quelque faveur dans la pratique, l'expérience ultérieure pourra nous conduire peu à peu à étendre l'application de cette méthode à des cas qui nous semblent aujourd'hui défavorables. Mais ce ne sont pas ces cas extrêmes qui me préoccupent ici. Ils sont d'ailleurs exceptionnels. Mon but est seulement de montrer qu'il y a des cas nombreux où il est indiqué de conserver l'os inter-maxillaire au lieu de l'exciser, comme on le fait généralement.

DISCUSSION.

M. GIRALDÈS. Desault attribuait à l'opération ce qui était le résultat d'un vice de conformation congénitale.

Je remercie M. Broca de nous avoir fait connaître son observation, mais je pense que son procédé ne pourra être applicable à la généralité des cas. Ce procédé, assurément, est bon à noter, mais il ne sera pas utile quand l'arcade dentaire sera atrophiée et l'os incisif très-développé. J'ajoute qu'il est très-exceptionnel de rencontrer des tubercules incisifs réductibles.

M. BROCA. Je suis étonné que M. Giraldès n'ait pas rencontré de tubercules réductibles.

J'ai ajouté, à l'opération de Blandin, l'avivement des bords osseux et la suture osseuse.

Le procédé de Blandin a été employé par un grand nombre de chirurgiens, mais à ce procédé on faisait l'objection suivante :

« Que va devenir le tubercule osseux qui va être mobile? »

Par mon procédé, je réponds à cette objection.

Desault a dit que, lorsqu'on ne mettait pas le tubercule entre les

deux maxillaires, ceux-ci se rapprochaient, et le défaut de parallélisme des deux arcades alvéolaires augmentait. L'argument de Desault conserve toute sa valeur, et il faut obvier au rapprochement des deux os.

Chez un très-jeune enfant, on ne peut pas réussir quand le tubercule fait une saillie de 15 millimètres.

M. DEMARQUAY. J'ai écouté avec grand plaisir la lecture de M. Broca. Ce chirurgien a évidemment complété le procédé de Blandin.

M. GIRALDÈS. L'objection principale que l'on doit faire au procédé de M. Broca est la suivante : Les arcades alvéolaires étant atrophiées, et cela arrivant dix-huit fois sur vingt, le tubercule, alors qu'il sera réduit, dépassera les arcades alvéolaires de presque toute sa hauteur. En somme, le procédé de M. Broca est un procédé exceptionnel applicable seulement à des cas exceptionnels.

M. BROCA. Ce qui est exceptionnel, c'est que le procédé ne soit pas applicable.

PRÉSENTATIONS DE MALADES.

Enchondrôme à marche rapide. — Résection partielle des deux maxillaires supérieures.

M. TILLAUX présente un jeune homme, âgé de 29 ans, exerçant à Paris la profession de sergent de ville, auquel il a pratiqué, le 6 février dernier, une résection partielle des deux maxillaires supérieurs.

La guérison est aujourd'hui complète, et grâce à une pièce artificielle très-habilement faite par un jeune dentiste, M. Lanfray, la difformité est à peine appréciable.

Le malade portait à la mâchoire supérieure une tumeur du volume d'un œuf de poule, qui n'avait commencé à apparaître que trois mois auparavant : elle occupait l'espace compris entre la canine droite et la deuxième petite molaire gauche d'une part; le grand angle de l'œil et l'os malaire d'autre part; en arrière, elle s'arrêtait à la partie moyenne de la voûte palatine. La tumeur a été mise à nu par une incision latérale interne partant du grand angle de l'œil gauche et descendant verticalement jusqu'à la lèvre supérieure, qui a été divisée. Les os ont été facilement sectionnés avec la pince de Liston et quelques coups de ciseau. M. Tillaux appelle spécialement l'attention de la Société sur la texture de ce néoplasme. L'examen qu'il en a fait, confirmé par celui de MM. Ranvier et Laboulbène, a montré que

c'était du cartilage à différents états de développement. Or, l'encondrôme a pour caractère clinique habituel de se développer lentement; celui-ci n'a mis que trois mois à acquérir le volume d'un œuf de poule; il s'est comporté comme les tumeurs que nous considérons ordinairement comme de *mauvaise nature*. C'est à ce titre exceptionnel seulement que le fait a paru digne à M. Tillaux d'être rapporté à la Société de chirurgie.

M. TRELAT. L'on doit appeler l'attention sur le développement rapide de cette tumeur, qui était un encondrôme pur.

Je viens d'observer, chez une jeune femme de 29 ans, un encondrôme à marche très-rapide. La tumeur, qui occupait d'abord la partie latérale droite du cou, s'est développée en moins de six mois. Ses limites, au moment de l'opération, étaient la plèvre, le pharynx, les gros vaisseaux du cou et les apophyses épineuses des vertèbres cervicales.

Après avis de MM. Guérin et Verneuil, l'opération a été résolue. L'opération a été faite; il n'y a pas eu de complication immédiate; mais bientôt s'est développée une pleurésie purulente. En outre, chez cette malade, on a observé des phénomènes dus évidemment à la contusion de la portion cervicale du grand sympathique.

La tumeur, examinée au microscope, a été classée parmi les encondrômes muqueux.

Affection singulière des arcades alvéolo-dentaires.

M. LÉON LABBÉ présente un malade atteint d'une affection singulière des arcades alvéolo-dentaires, et caractérisée principalement par la destruction lente et successive des rebords alvéolo-dentaires.

Le nommé A..., âgé de 42 ans, est entré dans les salles de l'hôpital des Cliniques, le 10 mars 1868, pour une perforation de la voûte du palais.

Il raconte qu'il est né de parents bien portants. Son père est mort à l'âge de 62 ans, d'une attaque d'apoplexie. Sa mère est morte à 42 ans, d'une plaie de la jambe, pour laquelle on lui avait proposé l'amputation, mais de nature mal définie. Il s'est très-bien porté dans sa jeunesse, n'a jamais eu de gourmes, ni aucune autre manifestation de la scrofule. Il habitait avec ses parents un logement sain, se nourrissait bien, se trouvait, en somme, dans d'excellentes conditions hygiéniques. Il a commencé, à 14 ans, à apprendre le métier de graveur sur pierres. Sa vue était parfaite, et ce métier l'exige. Il ne louchait,

pas du tout. A 20 ans, il a contracté un chancre de la verge, induré, unique, qui a séparé en deux la partie inférieure du prépuce. Il a fait un traitement local : cautérisation par le nitrate d'argent ; application de vin aromatique. Il s'est formé deux grosseurs dans l'aîne, que des sangsues ont fait disparaître. Trois mois après, il a eu des plaques muqueuses, dont on voit encore la cicatrice un peu au-dessous de la commissure droite des lèvres, et quelques semaines après, des taches se sont montrées sur la poitrine et le ventre. Il n'en a pas eu au cou, ni à la face. M. Ricord, que le malade alla consulter, ordonna des pilules de protoiodure de mercure et le sirop de Cuisinier. Ce traitement a été suivi pendant trois ou quatre mois, mais assez irrégulièrement. Le malade n'avait rien changé à son régime, faisait d'assez fréquentes libations et fumait pour 8 sous de tabac par jour. S'apercevant enfin qu'il ne guérissait pas et qu'il était toujours plus malade après une nouvelle débauche, il entra à l'hôpital de la Pitié (service de M. Clément). Il y resta sept semaines, pendant lesquelles il fut soumis à un traitement dépuratif, et prit des bains alcalins. Il en sortit à peu près guéri. Sa santé se rétablit, en effet, d'une façon complète, si bien qu'il se maria quelques années après, à l'âge de 25 ans. Il n'a eu de son mariage que deux enfants, un garçon de 16 ans et une fille de 12. Ils sont, dit-il, très-frais et d'une santé excellente.

Après son mariage, il a continué son métier de graveur sur pierres. C'est un travail minutieux, qui exige une grande attention. Il travaillait beaucoup et passait une partie de ses nuits à l'établi. Il avait la vue très-nette. Il se portait bien. Pourtant il avait de temps en temps des adénites dans le creux axillaire, à droite plutôt qu'à gauche. Son travail, selon lui, en était cause. Il suait beaucoup, et souvent, dit-il, il était pris d'une sueur subite, qui venait presque sans motif et disparaissait très-rapidement, laissant après elle un sentiment de froid. Sa vie était parfaitement régulière.

Il y a 8 ou 9 ans, il a été pris tout d'un coup, un jour qu'il travaillait comme d'ordinaire, d'éblouissements. Sa vue s'est subitement troublée. Les objets ne lui apparaissaient plus qu'à travers un brouillard si épais qu'il n'aurait pas pu se conduire. Il prit une purgation dont l'effet fut nul, et le lendemain alla consulter M. Desmarres. Celui-ci prescrivit des applications successives de ventouses à chaque tempe et ordonna des pilules. Un mieux marqué arriva bientôt ; puis une petite grosseur se forma dans l'angle interne de l'œil droit, qui fut ouverte par M. Desmarres, et d'où sortit du pus avec du sang. Un collyre fut ordonné, et bientôt le malade se trouva délivré de tout ce qu'il avait eu du côté des yeux. Il a continué son métier de

la sorte pendant environ trois ans. Il était allé habiter Pontoise. Il avait là un logement humide.

Au bout de ces trois ans, il revint à Paris, Il habitait à Vaugirard avec toute sa famille un logement assez malsain. Il se portait bien et travaillait parfaitement au moment de son retour. Cela ne dura que six semaines. Sa vue redevint trouble, non pas comme la première fois, car il pouvait travailler encore, mais d'une façon notable pourtant. Il revint vers M. Desmarres, qui ordonna des pilules et de la tisane de chicorée, et pratiqua une saignée au bras. Les troubles de la vue ne firent qu'augmenter. L'œil gauche se prit tout à fait, et il paraît avoir été à ce moment le siège d'une inflammation générale. Les paupières étaient très-rouges, dit le malade; le jour ne pouvait être supporté, etc. Plus tard, l'œil droit fut pris à son tour. Après avoir fait prendre assez longtemps les pilules qu'il avait précédemment ordonnées, puis d'autres pilules, M. Desmarres ordonna de l'iode de potassium. Le malade a pris de l'iode de potassium pendant fort longtemps, près de deux ans et demi. Les troubles de la vue qu'il avait présentés avaient depuis longtemps disparu. L'œil gauche était tout à fait normal; l'œil droit était très-bas aussi; mais la paupière supérieure commençait à tomber au-devant de l'œil. Le malade se croyait bien rétabli. Il abandonna enfin tout traitement.

C'est peu de temps après (il y a environ trois ans de cela aujourd'hui), que les phénomènes observés du côté de la bouche commencèrent à se manifester. Les dents tout d'abord s'ébranlèrent, celles de devant les premières. Elles n'étaient ni gâtées, ni douloureuses. Seulement elles se détachaient les unes après les autres. Le malade n'avait qu'à tirer très-légèrement, et elles cédaient. Quand elles étaient ainsi enlevées de l'alvéole, il ne s'écoulait que très-peu de sang, ou même il ne s'en écoulait point du tout. Les gencives se refermaient assez bien après la chute des dents. Il y eut une exception pour les grosses molaires du côté gauche. Quand elles tombèrent, il s'écoula une quantité de sang abondante, et la gencive ne se referma point. Le malade sentait, en y passant la langue, une cavité assez considérable. Une hémorrhagie considérable se fit, huit jours après, par cette ouverture; le malade prétend avoir perdu, à ce moment, deux litres de sang. On l'arrêta par le perchlorure de fer. Elle se reproduisit 15 jours après, et de nouveau un mois après. Depuis lors, il ne s'en est pas fait de nouvelle.

En même temps que se produisaient ces phénomènes, la paupière supérieure tombait sur l'œil droit, de plus en plus. C'est le seul trouble oculaire dont le malade se soit aperçu. Le malade est resté chez

lui depuis cette époque. Il n'a suivi aucun traitement. Comme la perte de substance qu'il constatait après la chute des molaires du côté gauche s'est fort agrandie, que la voûte palatine est en partie détruite, et qu'il en résulte des troubles fonctionnels fort gênants pour le malade et toujours croissants d'ailleurs, il se décide à entrer à l'hôpital des Cliniques, le 10 mars 1868, dans le service de M. Jarjavay, remplacé par M. Labbé.

Depuis qu'il est à l'hôpital, ce malade n'a présenté à notre observation aucun phénomène nouveau. L'état actuel est à peu près celui qu'il présentait au moment de son entrée. Pourtant, la destruction des os continue. Elle se fait seulement avec une extrême lenteur. Ce n'est guère que du côté de l'alvéole droite que nous avons pu constater ce fait. Nous l'avons fait d'une façon positive.

État actuel. — Examen de la cavité buccale.

Il n'existe plus dans la bouche que trois dents, qui se trouvent placées du côté gauche sur la mâchoire inférieure. On voit à la mâchoire supérieure du côté gauche, une vaste perte de substance, beaucoup plus longue que large, occupant tout le bord alvéolaire, qui a complètement disparu, jusqu'à l'apophyse ptérygoïde; elle s'étend en dedans et en avant jusqu'à quelques millimètres de la partie médiane de la voûte palatine. En arrière, la perforation va en diminuant de largeur. La cavité nasale du côté gauche est visible dans toute son étendue. Le vomer, les cornets inférieur et moyen, la cavité du sinus maxillaire, sont à découvert. Un stylet introduit par cette large ouverture, dans la cavité nasale, peut y être porté dans tous les sens. Le doigt peut y être porté lui-même. On constate aisément ainsi la destruction complète du rebord alvéolaire. La partie externe de la cavité buccale est formée uniquement ici par les tissus de la joue. Le voile du palais est intact.

Du côté droit, le bord alvéolaire est en train de disparaître insensiblement comme il l'a fait du côté gauche. Il y a là un commencement de perforation qui, selon le malade, a commencé quinze jours avant son entrée à l'hôpital.

Le fond de la gorge, la muqueuse de la bouche, sont parfaitement sains.

En raison de ces altérations de la voûte palatine, la mastication est impossible. Le malade a soin de hacher ses aliments, et il les avale sans les mâcher. Le moindre mouvement de toux les fait passer par le nez. La parole est sourde, nasonnée au dernier point. Il faut écouter le malade attentivement pour le comprendre.

Les fonctions digestives se font très-bien.

Les fonctions de l'appareil pulmonaire sont bien remplies.

La verge présente seulement la trace du chancre que le malade a contracté il y a 22 ans.

Il faut noter des particularités très-remarquables du côté du système nerveux, de l'appareil locomoteur et du sens de la vision.

Le malade est faible. Il se plaint d'éprouver dans les membres inférieurs, depuis plusieurs mois, des douleurs subites, fulgurantes, rapides et groupées par paroxysmes, qui reviennent d'une façon irrégulière de temps en temps, tous les quinze jours ou tous les mois par exemple, et qui sont assez vives pour l'empêcher de dormir et lui arracher des cris. Elles se font sentir surtout quand le malade est au repos, et particulièrement la nuit.

La sensibilité de la face est à peu près normale. Un peu d'anal-gésie peut-être. La sensibilité de la muqueuse buccale a disparu dans un très-grand nombre de points.

Oeil droit.

La paupière supérieure est complètement abaissée, et depuis un an, elle ne peut être relevée. Le releveur de la paupière est paralysé; le releveur de la pupille l'est aussi; quand on relève la paupière et qu'on fait suivre un objet des yeux par le malade, on constate de la diplopie quand cet objet est porté en haut.

Diplopie de même quand l'objet est placé à gauche, et paralysie du droit interne. La diplopie est très-sensible quand l'objet est placé très-peu à gauche, presque sur la ligne médiane; quand on l'éloigne davantage, la seconde image devient très-confuse, et la diplopie semble disparue.

Un peu de diplopie en bas. Paralysie du droit inférieur, sensible surtout quand la paupière inférieure est écartée.

Pas de diplopie en dehors.

En résumé, paralysie de la troisième paire. Les pupilles n'offrent pas d'inégalité marquée.

Le malade peut lire de l'œil droit (avec ses lunettes de presbyte) quand on relève la paupière.

Oeil gauche.

Il présente une chute de la paupière supérieure incomplète. Le malade est obligé de relever toujours la tête pour mieux voir, à raison de cette chute de la paupière. L'œil est parfaitement mobile dans tous les sens.

La marche, la station debout et assis sont normales, à part un peu de faiblesse qui se fait sentir dans la marche.

Quand les yeux sont fermés *tous deux*, la marche est un peu va-

cillante. On ne peut pas dire pourtant que les pieds frappent le sol d'une façon notable. Le sol est bien senti d'ailleurs; la plante des pieds n'a rien perdu de sa sensibilité. Quand l'œil gauche est fermé, que l'œil droit est seul ouvert (autant que la paupière qui tombe le permet) la marche est singulièrement modifiée. Le malade se sent porté à tomber sur le côté droit ou à tourner de ce côté (je l'ai constaté hier pour la première fois).

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire : Dr LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 29 AVRIL 1868

Présidence de M. LEGOUËST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

- Les journaux de la semaine.
- L'Union médicale de la Provence, le Bulletin de l'Association médicale du Loir-et-Cher.
- Méditations de philosophie médicale et de clinique sur quelques maladies de poitrine, par le docteur Lhuillier; br. in-8°.
- Du Service médical des pauvres, par le docteur Gyoux; 1868; in-8°.
- Études statistiques sur les résultats de la chirurgie conservatrice comparés à ceux des résections et des amputations, par le docteur R. Spillmann, médecin-major. In-8° extrait des Archives générales de médecine.

RAPPORT.

M. DOLBEAU fait un rapport verbal sur une observation de fracture comminutive de la rotule avec plaie intra-articulaire, suivie de guérison, adressée à la Société de chirurgie par M. Baizeau, médecin de l'hôpital militaire du Dey, à Alger.

Depuis longtemps, dit M. Dolbeau, la question du traitement de

l'arthrite purulente traumatique est pendante devant la Société de chirurgie. Pour remédier à cette grave complication des plaies des articulations, on a proposé divers procédés : les incisions, la résection des surfaces articulaires, le drainage, etc.

M. Baizeau envoie à la Société une observation favorable à ce dernier mode de traitement.

Au début, ce chirurgien eut recours aux débridements, aux injections alcoolisées, et finalement au drainage, qui parait devoir, dans ce cas, avoir tous les honneurs de la guérison.

M. Dolbeau propose : 1° de publier, dans les *Bulletins*, l'observation de M. Baizeau; 2° d'adresser à ce chirurgien une lettre de remerciements.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

M. LARREY. Avant d'en venir à l'emploi du drainage, M. Baizeau avait eu recours à toutes les ressources de la chirurgie conservatrice, aux incisions, aux contre-ouvertures, etc.

M. DOLBEAU. Non-seulement les tubes à drainage ont permis au pus de s'écouler facilement, mais de plus, à leur aide, on a pu avoir recours avec efficacité aux injections et aux lavages répétés.

Fracture comminutive de la rotule avec plaie intra-articulaire. — Guérison.

Par M. BAIZEAU.

L..., Joseph, zouave au 2^e régiment, âgé de 23 ans, d'une constitution robuste, était ivre lorsque, dans la soirée du 15 mai 1862, il tomba du fort Mers-el-Kebir, élevé environ de 18 mètres, sur des rochers. Il ne peut donner aucun détail sur son accident. Il se réveilla à deux heures du matin, voulut se relever, mais en s'appuyant sur la jambe droite, il éprouva une douleur excessive et s'affaissa sur lui-même. Ses cris ayant été entendus par un factionnaire, on vint à son secours et il fut porté à sa caserne et de là dirigé sur l'hôpital militaire d'Oran, distant de 7 kilomètres du port de Mers-el-Kebir.

A son arrivée, il est tout endolori et présente plusieurs contusions légères sur divers points, mais il se plaint surtout d'une vive douleur au genou droit qui est énormément gonflé. En avant est une petite plaie à bords contus et ecchymosés de la largeur d'une pièce de 20 centimes, pénétrant jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané. La cavité articulaire, fortement distendue, est pleine de liquide, de sang mêlé de sérosité. En pressant sur la rotule, on constate que cet os est fracturé transversalement; mais le gonflement est tel qu'on ne sent

pas bien les fragments. Cet accident n'a eu jusqu'ici qu'un faible retentissement sur l'état général, le pouls est à 80 pulsations, l'ivresse est entièrement dissipée.

On place et on immobilise le membre blessé dans une gouttière formant un plan incliné du talon vers la cuisse. 25 sangsues sont appliquées sur le genou et remplacées par des cataplasmes laudanisés. La plaie est protégée par un linge troué couvert d'une couche épaisse de cérat.

La nuit est mauvaise et agitée, et le lendemain le malade n'accuse aucun soulagement. Le genou a une teinte bleuâtre qui s'étend vers la cuisse. Le gonflement est le même et la sensibilité est tout aussi grande. Le pouls s'est élevé à 92 pulsations, la peau est chaude, la soif vive, la fatigue générale plus marquée que la veille. Une nouvelle application de 20 sangsues est prescrite; même pansement, diète.

Le 17^e, légère détente, le genou est moins douloureux, quoique toujours très-volumineux; fièvre moindre, langue saturale, inappétence, constipation qui nécessite la prise de 45 grammes d'huile de ricin.

Le 19, le gonflement a diminué suffisamment pour qu'on puisse examiner la fracture. L'écartement entre les fragments est de trois travers de doigt. Le supérieur attiré en haut est unique et représente le tiers de la rotule, l'inférieur est divisé en plusieurs morceaux inégaux maintenus en contact par le périoste. La sensibilité du genou et la distension de la synoviale sont trop grandes pour qu'on essaie de les rapprocher. On continue les cataplasmes arrosés d'eau blanche.

L'amélioration est progressive. Il n'y a plus de mouvement fébrile, les nuits sont bonnes, la souffrance nulle, l'appétit reparait et quelques aliments sont pris avec plaisir. Le genou est moins tendu et moins gros, toutefois il renferme toujours du liquide. Tout allait pour le mieux lorsque, dans la nuit du 21, la plaie donne issue à une assez grande quantité de sang provenant de l'articulation et qui imbibe les pièces de pansement. Le lendemain, je trouve le genou notablement diminué de volume; cependant, par des pressions exercées sur ses parties latérales, je fais encore sortir plusieurs cuillerées de liquide sanguinolent, et avec un stylet introduit dans la plaie, je pénètre entre les surfaces articulaires.

Il était bien difficile d'éviter la suppuration; je cherche pourtant à mettre l'intérieur de l'articulation à l'abri du contact de l'air en enveloppant la partie antérieure du genou d'une cuirasse de diachylon recouverte de linge cératé et en y ajoutant une légère compression. Le pansement est bien supporté et les liquides de la synoviale s'écoulent facilement au dehors; mais le troisième jour je m'aperçois de la pré-

sence du pus, et dès lors je comprends la nécessité de livrer passage à la sécrétion articulaire. J'élargis la plaie du genou et je pratique de chaque côté, au point le plus déclivé de l'interligne articulaire, une incision par laquelle je fais passer un tube à drainage qui vient sortir par la plaie rotulienne. J'ai ainsi deux drains qui traversent l'articulation d'avant en arrière, par lesquels le pus sort avec facilité et qui permettent de laver la cavité articulaire trois et quatre fois par jour avec une decoction de quinquina. L'organisme ne paraît pas souffrir de cette grave lésion, le malade se nourrit bien, il mange deux portions, boit du vin de Bordeaux et de quinquina.

Dans les premiers jours de juin, j'extrais deux esquilles détachées du fragment inférieur de la rotule et je reconnais en même temps que les surfaces articulaires du tibia et du fémur sont dépouillées de leur cartilage.

Vers le 10, il survient quelques frissons suivis d'accès de fièvre assez violents qui se renouvellent pendant trois jours et font craindre une infection purulente. Ils cèdent au sulfate de quinine, et le 16 je découvre à la fesse gauche un abcès volumineux qui s'est formé à l'insu du malade et qui se rattache évidemment à ce mouvement fébrile. Je l'incise et il s'en écoule un pus épais et phlegmoneux. Sous la même influence la suppuration du genou a augmenté et est devenue sanieuse et plus odorante. Des injections sont faites dans ces deux foyers purulents, celui de la fesse marche assez vite vers la cicatrisation; le changement est moins rapide du côté du genou.

Le 19, une nouvelle esquille est enlevée à la partie inférieure de la plaie. Le pus va en diminuant, et au milieu du mois de juillet des bourgeons charnus couvrent les surfaces articulaires fémoro-tibiales. La plaie prérotulienne se retient, la peau se déprime entre les fragments. Les drains sont retirés le 15 juillet; on continue néanmoins les injections par les orifices restés libres.

Au bout de sept à huit jours, du gonflement se manifeste sous le tendon rotulien, et bientôt il se forme une collection purulente au-dessus du genou, à la partie interne de la cuisse. Malgré l'ouverture de cet abcès, l'enflammation et la tuméfaction augmentent et gagnent la région externe du membre où apparaît un nouveau foyer purulent qui est immédiatement ouvert. Un drain passant sous la couche musculaire établit une communication entre ces deux incisions. De là le pus s'infiltre sous le oreux poplité et exige une troisième incision. En sondant les différentes plaies, je découvre que tout ce travail inflammatoire est dû à la nécrose du fragment supérieur de la rotule. J'en fais l'extraction, et à partir de ce moment, la fièvre et les autres

troubles généraux qui avaient reparu se dissipent, la suppuration diminue rapidement. Le tube de caoutchouc est enlevé le 23 août, et dans la première quinzaine de septembre la cicatrisation de toutes les plaies est complète. Le genou, doublé de tissus indurés après être resté longtemps volumineux, reprend peu à peu une forme plus régulière.

L... ne quitte l'hôpital qu'au mois de décembre; alors il marche facilement avec un bâton et fait des promenades prolongées sans fatigue. Sa jambe est dans l'extension, l'articulation du genou est presque ankylosée, la mobilité en est très-bornée. La région rotulienne est aplatie et plus large que dans l'état normal, déprimée transversalement au niveau de la rotule; un peu au-dessus est une cicatrice solide adhérente longue de 5 centimètres; de chaque côté du tendon rotulien se voient deux autres cicatrices enfoncées correspondant aux ouvertures des drains. A la place du fragment supérieur de la rotule qui a été extrait on sent distinctement un os de nouvelle formation, triangulaire, à bords arrondis et à sommet supérieur mousse et dont le volume est à peu près celui du fragment enlevé. La partie inférieure de la rotule est élargie et a acquis un volume exagéré.

J'ai revu ce militaire un an après sa sortie de mon service. Le membre blessé avait repris toute sa force et son embonpoint; la marche était seulement gênée par l'ankylose du genou.

En résumant cette observation, on voit que la fracture a été produite par un choc direct de la rotule sur un corps aigu, une pointe de rocher probablement qui a dilacéré la peau et contondu les tissus sous-cutanés sans pénétrer toutefois dans l'articulation. Ce n'est que quelques jours plus tard, par le fait de l'élimination ou du ramollissement des parties contuses, que la synoviale a été ouverte. Dès lors, L... a été exposé à tous les dangers des plaies pénétrantes des grandes articulations; cependant, à part les premiers moments de souffrance, les quelques jours de fièvre qui ont précédé la formation de l'abcès de la fesse et la période inflammatoire déterminée par la necrose du fragment supérieur de la rotule, il n'a éprouvé aucun accident sérieux. Malgré une suppuration abondante et de longue durée, ses forces se sont maintenues et sa guérison a été menée à bonne fin.

Voilà donc un fait qui plaide en faveur de la chirurgie conservatrice. Mais il ne faut pas se faire illusion; de telles lésions sont longues à guérir, et ce n'est le plus ordinairement qu'après avoir traversé bien des orages et bien des périls que le malade obtient une

cure radicale. Pour arriver à ce résultat, l'indication à remplir avant tout est de faciliter le cours du pus au dehors, de multiplier les injections, de débarrasser la synoviale des liquides irritants qui, en l'altérant, menacent d'infecter l'organisme. En pareille occasion, il est incontestable que le drainage a des avantages réels, non-seulement on n'a plus besoin de larges débridements, mais les liquides trouvent une issue plus facile par des tubes toujours béants qui traversent les articulations que par des plaies dont les bords se rapprochent et qui tendent peu à peu à se fermer.

Quant aux injections, on peut les varier : j'emploie indifféremment au début les solutions chlorurées ou phéniquées ou la décoction de quinquina. Plus tard je les remplace par les injections iodées ou par la teinture d'aloès. Les premières sont désinfectantes, les secondes modifient les surfaces malades. Chez un soldat piémontais qui avait eu à la bataille de Palestro la rotule brisée par une balle qui s'était fait jour dans l'articulation, M. le docteur Barghi plongea et abandonna dans la cavité articulaire un crayon de nitrate d'argent fondu. J'ai été étonné du peu de réaction locale produite par cette cautérisation énergique et renouvelée plusieurs jours de suite. Obligé de partir pour Novarre, je ne sais ce qu'est devenu ce blessé. Le but du chirurgien de Vercelli était-il de détruire la synoviale, espérait-il être plus à l'abri de l'infection putride ou purulente ? Ce qui est positif, c'est que les surfaces suppurantes étaient tout aussi étendues et la suppuration non moins abondante ; mais enfin n'y avait-il pas à craindre que le caustique n'étendit trop loin son action et ne facilitât le passage du pus dans le creux poplité.

J'ai observé d'autres blessures pénétrantes du genou qui ont eu une terminaison également favorable. Je n'ai malheureusement pas recueilli ces faits. Mais j'ai encore présent à la mémoire un soldat auquel j'ai donné des soins en Italie. Il avait eu le genou ouvert par une balle qui avait glissé sous la rotule. Les accidents inflammatoires furent intenses, la suppuration abondante. Vers la sixième semaine, elle se tarit et les plaies se cicatrisèrent, laissant une roideur assez grande dans le genou.

Il y a quelques jours, un officier de zouaves s'est présenté à l'hôpital militaire d'Alger pour être réformé. Il portait au genou gauche une double cicatrice, l'une en bas et en dehors de la rotule, l'autre en dedans et plus élevée, résultant toutes deux d'une blessure par arme à feu, reçue pendant la campagne de 1859. La balle avait dû nécessairement ouvrir l'articulation, et cet officier nous a confirmé dans cette opinion. Il a été longtemps dans les hôpitaux d'Italie et n'a

obtenu sa guérison qu'à la suite de souffrances prolongées. Le genou n'offre aujourd'hui ni déformation ni gonflement, et ne se fléchit que très-légèrement. La marche est facile, néanmoins les longues courses sont fatigantes, et cet officier a dû renoncer à la carrière militaire.

On pourrait certainement multiplier ces exemples de guérison, mais il restera encore à établir dans quel rapport ils sont avec les succès.

COMMUNICATION.

Lipôme de la main, simulant un kyste synovial.

M. TRÉLAT. Comme les erreurs sont au moins aussi profitables que les succès pour celui qui les commet, je n'ai pas voulu rester seul à en tirer bénéfice, et je vous prie d'accepter la courte communication que voici.

Il y a quinze jours, je reçus chez moi un malade âgé de 58 ans, et bien portant du reste, qui me montra la paume de sa main gauche occupée par une tumeur²: celle-ci s'était développée lentement, sans grande douleur, causant seulement, de temps à autre, de la gêne et un peu d'engourdissement dans les mouvements. La peau, normale dans sa couleur et sa consistance, était soulevée en bosselures arrondies, saillantes dans les éminences thénar et hypothenar, et surtout au niveau de cette dernière. La tumeur était absolument limitée à la paume de la main; la partie inférieure de l'avant-bras n'offrait aucune trace de gonflement.

Quand on pressait l'un des deux lobes de la grosseur, on faisait refluer son contenu vers l'autre lobe. La fluctuation se produisait avec une incontestable netteté. Le liquide semblait se déplacer avec la plus grande facilité, et quoiqu'on ne sentît pas de grains hordéiformes, on obtenait néanmoins une sorte de frôlement rugueux et prolongé en poussant alternativement la masse vers l'un ou l'autre de ses côtés.

En tenant compte de cet ensemble de signes et surtout de l'évidence de la fluctuation, je diagnostiquai un kyste synovial de la paume de la main, et je pris jour avec le malade pour lui pratiquer une ponction suivie d'injection iodée.

Lundi dernier, j'enfonçai un trocart dans la tumeur, au niveau de la saillie interne (hypothenar), qui était la plus considérable, et, à ma grande surprise, rien ne sortit par la canule. Je la fis manœuvrer avec facilité dans l'intérieur de la prétendue cavité; j'introduisis un stylet dans son calibre. Rien n'y fit; je n'obtins pas une goutte de liquide. J'avais une telle foi dans un diagnostic auquel j'avais donné toute mon attention, que je ne fus pas convaincu. Je supposai que le

liquide était trop épais, ou bien que l'enveloppe kystique formait opercule à l'orifice de la canule.

Je me procurai donc un trocart plus volumineux et bien effilé, et le matin même, je renouvelai la ponction. Cette nouvelle tentative eut exactement le même résultat que la première. Évidemment, je m'étais trompé, ou mieux, j'avais été trompé par une symptomatologie insidieuse. Je retirai brusquement le trocart, et je réunis les deux orifices de ponction par une incision de 3 centimètres parallèle à l'axe de la main. Aussitôt une masse graisseuse fit hernie à travers les lèvres de la plaie, et des tractions légères me permirent d'extraire, par cette ouverture peu considérable, la tumeur que je mets sous les yeux de mes collègues.

C'est un lipôme bilobé, limité de tous côtés par une enveloppe celluleuse qui a facilité son énucléation. La graisse qui le constitue est fine, délicate et peu résistante. Cette masse graisseuse reposait sur les tendons fléchisseurs et était déprimée à son centre par l'aponévrose palmaire. La pression de l'aponévrose et la finesse de la graisse me semblent expliquer la fluctuation perçue dans la tumeur, et je crois que le frôlement rugueux était dû au déplacement de lobules profonds sur les tendons fléchisseurs.

Cette explication me paraît d'autant plus plausible, qu'au moment où j'extrayais la tumeur et où je faisais passer son lobe externe sous l'arcade aponévrotique et sur les tendons, j'éprouvai la même sensation de frottement saccadé.

Je maintiens, en tout cas, que cette sensation ne ressemblait que très-imparfaitement à celles que donnent le déplacement, la collision et le passage, à travers une étroite ouverture, des grains riziformes qu'on trouve dans les kystes synoviaux.

Aussi, à l'avenir, si j'avais à diagnostiquer une tumeur fluctuante occupant le même siège et que la crépitation hordéiforme ne fût pas nettement perçue, je garderais une prudente réserve. Si, de plus, la tumeur était rigoureusement bornée à la paume de la main, sans qu'il fût possible de la faire refluer sous le ligament annulaire du poignet, me souvenant de mon observation et de la malade que nous a présentée M. Boinet il y a deux ans, malade chez laquelle tous les membres présents diagnostiquèrent un kyste alors qu'il s'agissait d'un lipôme, je ne voudrais établir le diagnostic qu'après avoir fait une ponction exploratrice. C'est, en effet, le seul moyen de trancher le débat entre nos sens, qui disent : tumeur fluctuante, et par conséquent liquide; et la réalité, qui dit : tumeur graisseuse fluctuante, mais non liquide.

DISCUSSION. •

M. CHASSAIGNAC. Il y a longtemps que des faits, consignés dans nos Bulletins, prouvent que, dans beaucoup de cas, on croit percevoir la sensation véritable de la fluctuation, alors cependant qu'il n'y a pas de liquide dans les points soumis à l'exploration. Il ne faut donc pas dire que la fluctuation est un signe pathognomonique de la présence d'un liquide.

Dans le cas de lipôme, c'est lorsque celui-ci siège dans une région où il est fortement bridé, que l'on perçoit la sensation de fluctuation.

On conçoit assez facilement que, dans certains lipômes, on puisse observer un certain bruissement. Il suffit que, dans le voisinage, quelques gaines tendineuses soient légèrement enflammées.

Je saisis cette occasion pour dire que, dans les cas de kystes synoviaux, ce n'est pas le froissement des grains riziformes les uns contre les autres qui donne naissance au bruissement que l'on perçoit alors, mais bien le passage de ces grains à travers une ouverture étroite. J'ai pu m'assurer de ce fait en pratiquant une autopsie, dont j'ai autrefois donné la relation devant la Société.

Un individu avait un kyste synovial dans lequel on pratiqua une injection iodée; la guérison s'en suivit. L'année suivante, il mourut à l'Hôtel-Dieu à la suite d'une maladie du cœur. Je retrouvai, dans une des portions du kyste, des grains riziformes; ceux-ci ne passaient plus par une ouverture étroite, et la sensation spéciale de froissement n'avait plus lieu.

M. TILLAUX. J'ai vu chez M. Gosselin, en 1859, un malade qui présentait de l'analogie avec celui de M. Trélat. Au niveau d'un des tendons fléchisseurs de la main, il existait une tumeur molle, fluctuante, non accompagnée de froissement. On pensa à un kyste, c'était un lipôme.

M. BOINET. L'opinion de M. Chassaignac est trop absolue. La même sensation que l'on constate dans le cas de kyste synovial, peut être perçue lorsqu'il existe un lipôme; on ne peut plus cependant invoquer le passage d'un corps étranger par une ouverture étroite. Il faut donc chercher une autre explication.

Dernièrement, j'ai opéré un lipôme situé sur le dos de la main. La crépitation m'avait fait croire à l'existence d'un kyste. La fluctuation me paraissait évidente. Je pratiquai une ponction sans résultat.

M. CHASSAIGNAC. Je ne dis pas qu'il ne peut y avoir de bruit semblable à celui dont il s'agit que dans les cas de grains riziformes,

mais j'explique le mécanisme d'après lequel il se produit lorsqu'il existe des grains riziformes.

Je crois que la sensation éprouvée par M. Boinet et moi, pendant l'exploration de quelques lipômes, doit être attribuée à ce que ces tumeurs sont extrêmement mobiles; en conséquence, la surface de ces tumeurs est facilement déplaçable sur les parties sous-jacentes; or, comme elles sont lobées, on comprend que ces déplacements donnent lieu à une crépitation, surtout s'ils ont lieu au niveau d'une série de tendons ou de petites brides fibreuses.

M. DESPRÉS. Je partage l'avis de M. Trélat et de M. Chassaignac; mais je ferai remarquer que M. Morel-Lavallée a présenté de nombreux exemples de lipômes crépitants. Il a prétendu que la crépitation était due aux frottements des grains du lipôme les uns contre les autres.

Relativement au fait de M. Boinet, je dirai que les kystes synoviaux sont généralement très-tendus, et que la fluctuation y est beaucoup moins perceptible que dans les lipômes.

M. LARREY. Je ferai observer à M. Després que toutes ces observations ont été très-complètement consignées dans la thèse de concours de notre regretté collègue Michon.

COMMUNICATION.

M. GUÉNIOT communique la note suivante :

Singulier phénomène de dentition, ou élimination spontanée des deux incisives moyennes supérieures chez un nouveau-né.

Le 10 avril dernier, un enfant de 9 jours, bien conformé, d'un développement ordinaire et du sexe masculin, fut apporté dans mon service, à l'hospice des Enfants-Assistés, avec les symptômes suivants :

La lèvre supérieure, tuméfiée, rouge et douloureuse dans ses deux tiers moyens, était le siège d'une inflammation phlegmoneuse qui avait manifestement pour point de départ une lésion de la gencive. Celle-ci, en effet, dans le point correspondant à la première incisive gauche, était en partie mortifiée, et des détritux gangréneux, noirâtres, intéressaient la muqueuse gingivale dans une étendue de 15 millimètres, à partir du filet labial. Le bulbe de l'incisive médiane, mis à nu par la chute de la dent, qui avait eu lieu dès la veille, faisait une saillie volumineuse dans cette plaie sanieuse et irrégulière. Il était plus gros qu'une lentille, d'un rouge-brun foncé, turgide, linguiforme et modérément sensible. Rien de semblable n'existait du côté

droit, et tout le reste du bord gingival soit supérieur, soit inférieur, se trouvait dans des conditions normales.

Quelle pouvait être la cause d'un phénomène aussi singulier? Était-ce la gangrène qui avait produit la dénudation de la dent, puis déterminé sa chute; ou bien, au contraire, n'était-ce pas un travail tout à fait anormal d'élimination de cette incisive, qui avait provoqué la mortification de la muqueuse? Malgré la pénurie des renseignements, il me semblait peu probable que l'enfant eût subi, dans la région malade, quelque traumatisme propre à expliquer l'existence de la gangrène. D'ailleurs, cette étiologie ne pouvait rendre compte de tous les symptômes constatés. Ainsi, la gangrène était trop superficielle pour avoir pu atteindre une dent qui se serait trouvée profondément cachée dans la gouttière alvéolaire; de plus, le bulbe dentaire faisait une telle saillie sur le bord de la gencive mortifiée, qu'il était évident qu'un travail d'élimination avait dû favoriser sa propulsion. Le petit malade, né à l'hôpital des Cliniques d'une mère qui mourut de péritonite le quatrième jour de ses couches, avait toute la surface du corps en pleine desquamation épidermique; ses glandes mammaires, un peu tuméfiées, fournissaient à la pression quelques gouttelettes de lait; l'ombilic n'était pas encore complètement cicatrisé, et les parties génitales étaient le siège d'un érythème qui s'étendait jusqu'au milieu des cuisses. Quoique paraissant avoir souffert dans sa nutrition, l'enfant n'était ni inquiet, ni difficile, et, à défaut de nourriture, il prenait volontiers le biberon. Dans ces conditions, il me parut que la chute de l'incisive était vraisemblablement la conséquence d'une inflammation du bulbe dentaire, et que la gangrène de la gencive était le résultat, plutôt que la cause, d'un tel phénomène.

Cette interprétation, toutefois, restait jusque là contestable; mais elle reçut bientôt une évidente confirmation.

En effet, dès le lendemain, 11 avril, je pus assister à l'évolution d'un même travail d'élimination portant sur la dent voisine, c'est-à-dire sur l'incisive moyenne droite supérieure. La gencive correspondante faisait une saillie anormale et formait une tumeur grosse comme un pois, qui repoussait à gauche le filet labial.

Le 12, cette tumeur avait un peu augmenté de volume, la gencive était rouge, enflammée et déjà percée en un point par l'angle interne du bord de la dent. Enfin, le 13 au matin, celle-ci tomba d'elle-même après avoir traversé la gencive, laissant à nu un bulbe volumineux, brunâtre, exactement semblable à celui de la première dent expulsée, et, comme lui, modérément sensible. Il était saillant sur la gencive et se trouvait, en quelque sorte, étranglé à sa racine par l'ouverture de

cette dernière. Il offrait ainsi une frappante analogie avec les premiers rudiments d'une plante, lorsque celle-ci vient de rompre les enveloppes de sa graine et qu'elle commence à s'épauvoir au dehors. Le point précis de la petite plaie gingivale ne correspondait pas au milieu de l'épaisseur du bord alvéolaire, mais bien à l'angle antérieur de ce bord qui, chez le nouveau-né, est mince et comme tranchant. Dès le 14, c'est-à-dire vingt-quatre heures après la chute de la dent, le bulbe, si volumineux la veille, avait complètement disparu, et l'ouverture de la gencive ressemblait à une très-petite fente linéaire. Il ne s'était produit, cette fois, aucune mortification, à l'exception de celle du bulbe qui, sans doute, se détruisit ainsi par gangrène. Je ne découvris non plus, à aucun moment, des traces de suppuration.

Quant à la plaie gangréneuse résultant de l'élimination de la première dent ou incisive gauche, quoique compliquée et beaucoup plus étendue que la précédente, elle se comporta néanmoins avec une grande simplicité.

Trente-six heures après la chute de la dent, le bulbe avait disparu sans laisser de vestiges; des cataplasmes de fécule, appliqués sur la lèvre, enlevèrent promptement l'inflammation dont elle était le siège, et la plaie gingivale se détergea avec rapidité, mais seulement après que l'incisive droite fut tombée.

Bref, le 16 avril, la guérison me parut assez avancée pour que l'enfant pût être abandonné aux seuls soins d'une nourrice, et je signalai son départ pour la campagne.

Les deux dents expulsées, ainsi qu'on peut le voir, sont rigoureusement configurées sur un même type. Elles sont symétriquement semblables, et elles ne diffèrent nullement des dents de nouveau-né encore cachées dans la profondeur de l'alvéole. Complètement dépourvues de racine, elles sont réduites à la couronne, qui est largement excavée. Elles représentent ainsi deux coques solides composées d'ivoire et revêtues, dans leur moitié libre, d'une mince couche d'émail (*chapeaux de dentine*).

J'ignore si des faits semblables au précédent se trouvent déjà consignés dans la science; la chose est assurément probable. Mais si l'on excepte les cinq cas publiés par M. le docteur Thore, dans la *Gazette médicale de Paris*, année 1859, qui s'en rapprochent sous beaucoup de rapports, les observations doivent en être d'une extrême rareté, car les auteurs spéciaux que j'ai consultés n'en renferment pas même d'analogues. Mon collègue de l'hôpital, M. Parrot, à qui j'ai fait voir le petit malade, ne connaît aucun cas de ce genre, et M. le docteur

Magitot, malgré ses études sur la matière, n'en connaît pas non plus qui lui soient comparables. Des cinq faits brièvement relatés par M. Thore, quatre consistent dans une élimination de dents incisives, chez des enfants âgés d'un mois ou de six semaines, qui tous ont succombé à des affections viscérales. L'autopsie permit de constater l'absence de tout bulbe dentaire dans les alvéoles malades. Chez le cinquième enfant, âgé seulement de 15 jours, deux incisives supérieures furent expulsées avec leur bulbe à la suite d'une sorte d'abcès alvéolaire qui, pendant très-longtemps, fournit une suppuration à travers la narine gauche. On voit que, dans les quatre premiers cas, une maladie viscérale compliquée d'affection buccale, et, dans le cinquième, une lésion locale grave, peuvent expliquer assez bien l'inflammation du bulbe, la chute de la dent et les désordres plusieurs fois constatés de l'os maxillaire.

Chez mon petit malade, il n'en est plus ainsi. La lésion était isolée, indépendante de toute affection viscérale et, une fois les deux dents éliminées, les plaies ont marché rapidement vers la cicatrisation. L'évolution complète du travail d'expulsion, bien constatée pour la seconde dent, ne permet guère de douter qu'il s'agisse là d'une véritable élimination des deux incisives moyennes supérieures, élimination spontanée ayant la plus grande ressemblance avec celle d'un corps étranger accidentellement introduit dans les tissus. Le gonflement et l'inflammation du bulbe paraissent avoir été les agents immédiats de cette expulsion. Quant à la cause de l'inflammation du bulbe, je suis porté à penser qu'elle résulte d'une hétérotopie, ou situation anormale du germe en dehors de la gouttière alvéolaire. En effet, le bulbe dentaire, coiffé de son chapeau de dentine, n'a point fait éruption sur l'épaisseur du bord gingival, mais bien sur l'angle antérieur de ce bord; de plus, la petite tumeur formée par la propulsion de la dent, avant le percement de la gencive, se remarquait sur la face antérieure ou labiale de la muqueuse alvéolaire, et non sur la muqueuse gingivale proprement dite. Superficiellement placé au-dessous de la muqueuse antimaxillaire et en dehors de la gouttière alvéolaire, le bulbe de chacune des incisives aurait donc, d'après cette hypothèse, subi une forte hyperhémie ou même une réelle inflammation pendant la période où s'effectuent, chez le nouveau-né, la mue épidermique et la fluxion lactigène des mamelles.

DISCUSSION.

M. BLot. Il ne faut pas intituler cette note : *Travail singulier de dentition*; il faut dire tout simplement : *Périostite alvéolo-dentaire*.

De la lecture de M. Guéniot, il résulte pour moi que, dans ce cas, il y a eu un travail pathologique. Il ne s'agit nullement là d'un fait physiologique sortant seulement un peu de la voie ordinaire.

Sur 20,000 enfants nouveau-nés, je n'ai jamais vu de dents. On m'en a montré souvent, mais, je le répète, je n'en ai jamais vu. Sans nier d'une façon absolue ces cas d'éruption précoce des dents, je les crois excessivement rares, et je pense qu'il faut mettre des points d'interrogation devant les faits assez nombreux cités tout à l'heure par M. Guéniot.

Dans son observation, M. Guéniot eût dû nous parler de l'état général de l'enfant.

M. GUÉNIOT. Je ne tiens pas au titre de mon observation; mais je n'en avais pas trouvé de meilleur.

Relativement aux faits d'éruption prématurée des dents chez les nouveau-nés, je ne suis pas plus fixé que M. Blot sur leur réalité. Je suis cependant tenté d'y ajouter foi. Dans les bulletins de la Société de biologie, on trouve une observation d'un enfant de trois semaines ayant *deux dents* bien marquées; or, il ne me répugne pas de croire que ces dents étaient visibles au moment de la naissance.

M. Blot n'a jamais vu un fait de ce genre, sur 20,000 enfants environ soumis à son observation; mais cela ne prouve pas grand chose, car ces faits sont tellement exceptionnels, que leur rareté peut être comparée à celle des grossesses de cinq enfants.

L'état général de l'enfant a été constamment bon, quoiqu'il ait souffert d'un défaut d'alimentation pendant quelques jours; sa mère étant morte à la Clinique d'une péritonite, l'allaitement a été suspendu pendant quatre à cinq jours.

Ce fait diffère de ceux rapportés par M. Thore, en ce que, sur cinq enfants, quatre avaient succombé par suite de lésions viscérales pré-existantes et même d'une lésion locale; ici, rien de semblable n'a eu lieu; la gencive se rompt, la dent pousse, meurt, tombe; la gencive se referme, et l'enfant continue à se bien porter.

M. BLOT. Il me semble que vous avez dit qu'il y avait eu de la tuméfaction et de la rougeur au niveau de la dent.

M. GUÉNIOT. Sur la face labiale de la gencive, on a observé une petite tumeur, puis, le lendemain, de la rougeur et de la tuméfaction.

M. FORGET. Dans le fait de M. Guéniot, il faut voir un arrêt de développement ayant donné lieu à une lésion morbide simple et non un phénomène physiologique. Il ne s'agit pas là d'un cas de dentition prématurée.

Je considère cette lésion comme le premier degré d'une lésion que j'ai décrite dans mon mémoire sur les anomalies dentaires, et dans laquelle l'os incisif est détaché en totalité des deux maxillaires avec deux étages de dents.

M. CHASSAIGNAC. Si l'on veut établir le véritable caractère de ces expulsions osseuses prématurées, avant tout il faut voir si, pour expliquer ces faits, on ne trouve pas autre chose qu'un phénomène de dentition physiologique.

Dans le fait de M. Forget, il y a eu de la périostite; dans celui de M. Guéniot, de la gangrène de la gencive. C'est là le point de départ : dans les deux cas, il y a eu maladie première. Ces Messieurs ne peuvent pas établir que c'est dans le germe qu'a eu lieu l'impulsion première du phénomène pathologique.

M. FORGET. Je ne suis pas éloigné de voir là un fait d'ensemble; lorsque, dans un os incisif, on voit se développer hâtivement des bulbes dentaires, on peut penser que ce développement prématuré est le point de départ du fait secondaire, l'ébranlement de l'os.

M. GUÉNIOT. Le fait de M. Forget est bien évidemment anormal. M. Chassaing se demande si c'est le bulbe qui primitivement a été atteint, ou bien, au contraire, si c'est la gangrène de la gencive qui a provoqué la chute de la dent, l'expulsion du bulbe.

J'élimine cette dernière interprétation, parce que la gangrène était trop superficielle pour avoir gagné l'intérieur de l'alvéole, et, de plus, parce que le bulbe était saillant dès le début, ce qui tenait probablement à un travail qui se passait profondément derrière lui.

Le lendemain de la chute de la première dent, j'ai assisté à l'expulsion de la dent voisine. Il n'existait pas de gangrène de la gencive à son niveau, mais peut-être l'inflammation, partant de la gencive voisine, s'était-elle propagée.

PRÉSENTATIONS DE PIÈCES.

Corps étrangers de l'oreille.

M. LEFORT. Je mets sous vos yeux un corps étranger que j'ai retiré avec beaucoup de peine de l'oreille d'un enfant de 4 ans.

Des tentatives d'extraction avaient été faites en ville par plusieurs médecins.

Les parents croyaient qu'il s'agissait d'un œil de poupée en émail. J'explorai l'oreille, et je constatai qu'avec les pinces de trouasse, je ne pouvais approcher du corps étranger.

Après des tentatives très-courtes et infructueuses, je pris la résolution, me fondant sur le renseignement donné par les parents, de recourir au procédé suivant : j'introduisis un spéculum de l'oreille et me servis d'un foret, avec l'intention de faire éclater l'œil d'émail. Malgré mes efforts, l'instrument ne mordait pas sur le corps étranger, et je croyais toujours avoir affaire à un œil d'émail.

Je constatai alors que je pouvais introduire une petite curette sur l'un des côtés du corps étranger.

J'introduisis alors un morceau de *laminaria digitata* pour dilater le conduit auditif. J'eus soin d'employer une tige d'un calibre inférieur à celui du conduit de l'oreille ; la dilatation arriva rapidement, et l'enfant eut quelques vomissements.

Je pus alors arriver plus facilement sur le corps étranger : je pouvais le saisir, mais il m'était encore impossible de l'extraire.

Je pensai alors que j'avais affaire à quelque objet présentant deux diamètres différents, que le diamètre le plus considérable ne se trouvait pas dans l'axe du conduit ; avec deux stylets, j'ai fait tourner le corps, et je l'ai alors extrait facilement. C'était une petite tête de poupée en porcelaine.

M. MARJOLIN. J'ai précisément sur moi un corps étranger que j'ai extrait de l'oreille d'un jeune enfant ces jours derniers : il s'agit d'un morceau de strass coloré.

Quand les corps étrangers sont très-friables, rien de plus facile que d'en avoir raison ; mais lorsqu'ils sont durs et lisses, on peut se trouver en présence de véritables difficultés. Les tentatives d'extraction avec les pinces ne donnent pas habituellement de résultat satisfaisant, et peuvent provoquer des désordres très-graves.

On peut essayer avec avantage de passer, derrière le corps étranger, une anse de fil métallique ou de corde à boyau ; mais le moyen le plus efficace consiste à faire des injections à l'aide d'une forte seringue ou d'un irrigateur.

M. GUERSANT. Je rejette toujours l'emploi des instruments qui peuvent devenir la source de graves blessures. Je me contente des injections, mais des injections à courant très-fort.

M. DEMARQUAY. La supposition de la présence d'un corps étranger dans l'oreille peut donner lieu à des manœuvres chirurgicales très-graves. J'ai donné dernièrement des soins à un monsieur qui, se trouvant dans une de nos grandes villes de province, crut s'être introduit dans l'oreille un corps étranger, le bout d'un porte-plume. On fit appeler plusieurs chirurgiens ; des tentatives répétées d'extraction furent pratiquées ; le tympan fut perforé, et cependant il n'y avait

alors et il n'y avait jamais eu de corps étranger dans le conduit auditif externe.

M. BONNET. Je partage l'opinion de MM. Marjolin et Guersant sur l'efficacité des injections à fort courant.

M. LEFORT. J'approuve l'emploi des injections et j'y ai volontiers recours. Dans le cas actuel, il s'agissait d'un corps étranger qui avait été enfoncé par suite de manœuvres exécutées, et autour duquel il était impossible de passer le stylet le plus fin. Dans ce cas, les injections n'auraient pu donner aucun résultat.

Calculs de la vessie.

M. DEMARQUAY présente une série de calculs enlevés sur deux malades, offrant les particularités suivantes :

Le premier malade, âgé de 53 à 54 ans, souffrait de la pierre depuis dix ans. A l'examen, on constatait qu'il existait un volumineux calcul viscéral. La taille sus-pubienne fut pratiquée sans l'aide de la sonde à dard, qui aurait pu intéresser le péritoine. La pierre elle-même a servi de conducteur : son poids est de 172 grammes. Le malade n'a éprouvé aucun accident péritonéal; il est mort de suppression d'urine.

A l'autopsie, on a constaté une double néphrite purulente et une pyélo-néphrite.

Le second malade, 71 ans, a été opéré par la taille bilatérale, à cause du volume de la prostate et du nombre des calculs, qui étaient de 51 grammes. Un des calculs avait pour noyau une plume d'oie. Ce malade, qui était affecté de rétention d'urine avant l'opération, n'a point recouvré la faculté d'uriner d'une manière normale. Il urine par regorgement, ce qu'il ne faisait point avant, et cela toutes les heures.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire : D^r LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 6 MAI 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Une lettre de madame Laborie conçue en ces termes :

« A M. le Président de la Société impériale de chirurgie.

« Monsieur le Président,

« J'ai recours à votre bienveillante intervention pour prier la Société impériale de chirurgie de vouloir bien instituer un prix qui portera le nom de mon mari (prix Édouard Laborie).

« J'affecte à cette fondation une rente annuelle de 1,200 francs, et il me serait agréable qu'il n'y eût point d'exclusion parmi les concurrents.

« Je joins ci-incluse la somme destinée au prix de la première année. Les formalités d'usage seront remplies en temps voulu pour perpétuer un souvenir qui m'est si cher.

« Veuillez, monsieur le Président, agréer l'assurance de ma parfaite considération.

« M. LABORIE. »

L'original de la lettre de madame Laborie sera déposé dans les archives de la Société.

M. le Président remet à M. le trésorier le mandat de 1,200 francs envoyé par madame Laborie.

La correspondance comprend en outre :

Les journaux de la semaine : *Le Bulletin de thérapeutique*. — *Les Archives générales de médecine*. — *La Gazette médicale de Strasbourg*. — *Le Journal de médecine de l'Ouest*. — *Le Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille*. — *Traitement de l'angine diphthérique*, par M. Antonio Barborec; Lisbonne, in-8°, 1868.

M. le Président annonce que M. le docteur Azam, de Bordeaux, et M. le docteur Notta, de Lisieux, membres correspondants, assistent à la séance.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

Sur les **Dentitions prématurées**.

M. GIRALDÈS. Quelques membres de la Société semblent considérer comme très-extraordinaires les faits de dentition précoce. Je ne veux

pas rappeler les faits historiques, mais les faits modernes sont assez nombreux. Billard avait observé plusieurs fois cette disposition; j'ai pu, moi-même, faire souvent cette observation à l'hôpital des Enfants assistés et à la consultation de l'hôpital des Enfants malades.

M. Guéniot aurait pu trouver, dans le bulletin de la Société de biologie, une note de moi, dans laquelle sont rapportés beaucoup de ces faits.

M. Guéniot. L'objet de ma communication ne portait pas sur le fait de la dentition prématurée, mais sur l'élimination très-rapide, en 24 heures, des dents.

M. Guéniot a reçu de M. Ernest Besnier, médecin des hôpitaux, une lettre dans laquelle celui-ci dit avoir observé, il y a peu de temps, un enfant venu au monde avec deux dents incisives très-complètement développées. Les matrones, lorsqu'elles observent des faits semblables, dit M. Besnier, ont l'habitude de pratiquer l'extraction des dents le lendemain de la naissance. Dans le cas observé par M. Besnier, les personnes qui entouraient l'enfant lui firent presque un reproche de n'avoir pas suivi cette pratique.

Extraction des corps étrangers de l'oreille.

M. GIRALDÈS. L'usage des douches, dans le cas de corps étrangers de l'oreille, est admis par la généralité des chirurgiens, et il n'est pas justifiable d'aller chercher ces corps avec des instruments et surtout avec les pinces, qui causent tant de désordres.

M. LEFORT. Les douches ne donnent pas des résultats aussi merveilleux que M. Giraldès veut bien le dire. Je n'ai agi comme je l'ai fait que parce qu'il était impossible de procéder autrement. On m'a ramené l'enfant à l'hôpital, il va bien.

M. BLOT. Le moyen sur lequel M. Giraldès insiste n'est pas aussi inoffensif qu'il le croit. J'ai vu Ménière enlever ainsi un bouchon cérumineux. La douche très-forte que l'on employa, amena une suppuration de l'oreille; la surdité devint d'abord plus considérable et plus tard incurable. Je ne puis dire si le tympan fut détruit par la douche, mais en tout cas il le fut par la suppuration.

Je conclus qu'il ne faut pas manier les douches sans une certaine précaution.

M. CHASSAIGNAC. On ne doit renoncer aux douches qu'après les avoir essayées très-sérieusement. Je ne crois pas que l'accident signalé par M. Blot puisse être attribué à la douche, à moins que le tympan ne fût préalablement malade et friable.

M. GIRALDÈS. Dans les cas d'accumulation de cérumen, il y a dilatation du conduit auditif, le tympan est dépouillé de son épithélium et un peu ramolli. Si l'on pratique alors une injection, on se trouve dans des conditions bien différentes de celles qui se présentent lorsqu'un corps étranger est introduit dans l'oreille complètement saine.

J'ajouterai que l'usage des instruments métalliques peut donner lieu à des erreurs. On peut prendre pour un corps étranger une portion d'os dénudé.

M. BLOT. Je n'ai pas voulu être aussi affirmatif que paraissent le croire mes collègues. Je n'ai pas dit que c'était la douche qui avait perforé le tympan.

M. GUERSANT. Dans les cas très-nombreux où j'ai employé les irrigations, je n'attachais pas beaucoup d'importance à employer une force très-grande; mais je tenais à répéter les séances d'irrigation.

LECTURE.

M. NOTTA, de Lisieux, membre correspondant, lit un travail intitulé :

Réflexions sur deux cas de mort à la suite d'injections de liqueur de Villate

Deux cas de mort à la suite d'injection de liqueur de Villate, par M. Heine (*Extraits de Virchow archiv.*, 18 novembre 1867), ont été publiés dans la *Gazette hebdomadaire*, numéro du 14 février dernier. Ces deux cas, d'après M. Heine, ajoutés à celui que M. Legouest a signalé à la Société de chirurgie en 1866, portent à trois le nombre des morts attribuées à l'usage de ce médicament. Ces faits seraient de nature à jeter une certaine défaveur sur cette médication, s'ils étaient accompagnés de détails précis, indiquant qu'aucune des règles que j'ai posées pour l'emploi de ces injections n'a été omise. Fort heureusement il n'en est rien, et, ainsi que j'espère le démontrer, les observations publiées dans la *Gazette hebdomadaire* ne prouvent pas que la liqueur de Villate soit responsable de ces funestes résultats.

De ces trois faits, j'en écarterai deux qui, en définitive, n'en sont qu'un seul, car celui de M. Legouest, qui n'avait pas été observé par cet éminent chirurgien, n'est autre que celui de M. Hergott, dont il avait eu connaissance indirectement lorsqu'il le signala à la Société de chirurgie.

Dans ce fait de M. Hergott, observé en 1863, et cité dans le travail de M. Heine, il s'agissait d'un petit garçon de 10 ans, atteint de fistules dans la région trochanterienne. On fit une injection d'une très-petite quantité de liqueur de Villate. Douleur très-vive. Un vomissement, refroidissement, et mort le soir même de l'injection.

L'analyse du sang et du foie et l'autopsie ne donnèrent que des résultats négatifs. Est-ce à cause de ces résultats négatifs que l'on attribue la mort du malade à la liqueur de Villate? Qu'entend-on, d'ailleurs, par les résultats négatifs de l'autopsie? Mais si je posais toutes les questions que suggère un fait présenté de cette façon, que prouverais-je, sinon que cette observation manque de tous les éléments nécessaires pour avoir quelque valeur, à moins que le *post hoc, propter hoc* ne devienne une preuve scientifique. Aussi ne m'y arrêterai-je pas plus longtemps et aborderai-je immédiatement le seul fait important, qui est celui observé par M. Heine.

Dans cette observation (1), « il s'agissait d'une jeune fille de 12 ans, chez laquelle, à la suite d'une résection des os du tarse, existaient des trajets fistuleux fongueux qui n'avaient aucune tendance à la guérison. On pratiqua une injection de liqueur de Villate, la moitié d'une petite seringue à injection environ fut injectée *sous une pression assez forte*. La malade accusa aussitôt une vive douleur, et, *pendant l'injection, une assez grande quantité de sang s'écoula de la plaie*. Quelques minutes plus tard, la malade était d'une pâleur cadavérique, plombée : un frisson violent avec claquement de dents, le refroidissement des extrémités s'étaient brusquement établis; le pouls était petit, accéléré; la plaie avait une teinte brunâtre; la température qui, le matin, était de 38 degrés, s'abaisse peu à peu, vers le soir, jusqu'à 34°,2. Le pouls s'affaiblit, et le soir, il était à 140 pulsations. Le frisson, qui dura plusieurs heures, fut suivi, dans la nuit, d'une période de chaleur, puis de sueurs; peu à peu la malade devint somnolente, elle eut une évacuation diarrhéique, elle s'affaiblit de plus en plus et mourut à minuit, le ~~jour~~ même de l'injection.

« A l'autopsie nous noterons, parmi les particularités, la couleur rouge cerise ou carminée du sang, l'œdème des poumons et l'hyperémie bronchique; enfin, dans une préparation du sang fluide contenu dans le ventricule droit, on trouva, au microscope, un cristal rhomboédrique de sulfate de cuivre. »

M. Heine n'hésite pas à rapporter la mort, dans ce cas, à une

(1) Je cite textuellement.

intoxication brusque par l'entrée de la liqueur de Villate dans les vaisseaux. Nous partageons son opinion. Il est évident qu'une veine a été ouverte, et que l'injection de liqueur de Villate pure a pénétré dans le torrent de la circulation; le cristal de sulfate de cuivre trouvé sur le champ du microscope dans une préparation de sang fluide contenu dans le ventricule droit, et les autres détails de l'observation, paraissent ne laisser aucun doute à cet égard. Mais je le demande, de bonne foi, peut-on attribuer, dans ce cas particulier, la mort de la malade à l'action toxique de la liqueur de Villate? Que l'on eût injecté dans la veine de la teinture d'iode ou une solution de nitrate d'argent, on eût obtenu le même résultat et personne n'en eût été surpris. Eh bien! la liqueur de Villate, comme l'iode, comme le nitrate d'argent, doit être injectée dans les trajets fistuleux et non dans les veines, et alors elle n'est pas toxique. Ce n'est donc pas elle qu'il faut rendre responsable de la mort de la malade, mais bien la manière dont on l'a employée. Et ici, qu'il me soit permis de dire à ce propos, malgré les nombreux *desiderata* que l'on trouve à chaque pas dans cette observation, que la plupart des règles que nous avons tracées pour l'emploi de ce médicament n'ont point été observées.

D'abord, on ne nous dit pas combien il y avait de temps que la résection des os du tarse avait été faite, lorsque l'injection fut pratiquée. Or, nous avons recommandé de n'employer la liqueur de Villate que dans les affections anciennes, et même plus la maladie est chronique, plus les résultats obtenus sont remarquables. Dans les affections d'origine récente, elle peut présenter des inconvénients, mais jamais elle n'a occasionné la mort.

Avait-on, ainsi que je l'ai conseillé, dilaté les trajets fistuleux pour prévenir la rétention de la liqueur de Villate? Avait-on essayé préalablement des injections de teinture d'iode ou de vin aromatique pour s'assurer de quelle manière elles se comportaient et pour se rendre compte de la quantité de liquide qui pouvait rester dans les clapiers? Enfin, a-t-on commencé par tâter la susceptibilité de la malade en faisant une injection de cette liqueur, étendue d'eau? Rien de tout cela n'a été fait, ou du moins on ne le mentionne pas dans l'observation.

Si j'insiste sur ces questions de détail, c'est plutôt pour montrer le peu de valeur de cette observation que pour expliquer la mort, qui l'est suffisamment par l'injection de la liqueur dans une veine.

Maintenant, M. Heine ne nous dit rien de la composition de la liqueur dont il s'est servi : cela a pourtant son importance. Cependant, par la lecture des réflexions qui suivent son observation, je

serais porté à croire que la liqueur qu'il a employée n'est point exactement celle que nous avons préconisée. Ainsi, il parle de *précipité brunâtre*. La liqueur de Villate, faite suivant la formule de Villate (1), donne un précipité blanc de sulfate de plomb, précipité blanc qui prend une teinte sale à cause de la coloration vert-foncée du liquide dans lequel il est en suspension, mais qui n'est aucunement brunâtre, comme le dit M. Heine.

M. Heine a trouvé au microscope, dans une préparation de sang fluide pris dans le ventricule droit, un cristal rhomboédrique de sulfate de cuivre. Je ne le conteste pas ; mais alors, quelle était la proportion de sulfate de cuivre dans sa liqueur ? Celle dont nous avons donné la formule contient 0,065 milligr. de sulfate de cuivre par gramme, en supposant que l'acétate de plomb soit sans action sur ce sel. Mais l'acétate de plomb, décomposant au moins un tiers du sel de cuivre, il en résulte qu'un gramme de liqueur de Villate contient au plus 0,04 centig. de sulfate de cuivre. En admettant, dans le fait de M. Heine, que l'on ait injecté dans les veines 5 grammes de liqueur de Villate, ce qui est le poids du liquide contenu dans la moitié d'une petite seringue à injection, il n'aurait pénétré dans le système circulatoire que 0,20 centig. de sulfate de cuivre dissous. Or, peut-on admettre que ces 0,20 centig. de sel de cuivre dissous et mêlés à la masse totale du sang de sa malade pendant douze heures, saturent ce liquide à un point tel qu'il dépose un cristal microscopique, il est vrai, mais enfin reconnaissable ? Il me semble qu'une pareille hypothèse est inadmissible, et que l'on se trouve forcé d'en conclure ou que M. Heine a injecté une liqueur de Villate autrement saturée de sulfate de cuivre que la nôtre, ou qu'il a pris pour un cristal de ce sel ce qui n'en était pas.

Plus loin, M. Heine parle d'acide acétique, et il attribue la mort à l'action de cet acide. Mais, et j'ai beaucoup insisté sur ce point (*Réponse à quelques objections à l'emploi de la liqueur de Villate, etc.*, l'*Union médicale*, 22 et 24 novembre 1866), ce n'est pas de l'acide acétique qui doit entrer dans la composition de la liqueur de Villate, mais du vinaigre de vin. Le vinaigre de vin blanc est bien de l'acide

(1) Voici cette formule :

Sous-acétate de plomb liquide.....	30 gr.
Sulfate de cuivre crist.....	} aa 15 gr.
Sulfate de zinc crist.....	
Vinaigre de vin blanc.....	200 gr.

acétique, mais beaucoup moins corrosif que l'acide acétique des pharmaciens, et il y a, au point de vue physiologique, une différence capitale entre la liqueur de Villate préparée avec l'un ou l'autre de ces acides. Celle préparée avec l'acide acétique cause des douleurs tellement insupportables chez l'homme, qu'elle peut causer des accidents, et que j'ai dû y renoncer. Le vinaigre de vin blanc est beaucoup mieux toléré par les malades.

Par tous ces motifs que nous venons d'énumérer, nous sommes autorisé à nous demander quelle était la composition de la liqueur employée par M. Heine.

Nous avons, comme M. Heine, cherché à nous rendre compte du degré de danger que pouvait présenter la liqueur de Villate lorsqu'elle pénétrait dans l'économie soit par absorption, à la suite d'une injection sous-cutanée, soit brusquement dans le système circulatoire à la suite d'une injection dans une veine; et prenant pour base l'observation de M. Heine, nous avons pensé que si le liquide contenu dans la moitié d'une petite seringue à injection, dont le poids est de 5 grammes, avait pu déterminer la mort chez un enfant de 12 ans, dont nous estimerons le poids approximativement à 25 kilogrammes, dix à douze gouttes, ou 0,50 centigr., devraient empoisonner un lapin pesant 2 kilog. 1/2.

Expérience I. — Le 11 avril (1), nous avons pris deux lapins pesant chacun 5 livres, et nous avons injecté, sous la peau du dos de ces deux animaux, avec la seringue de Pravaz, 10 gouttes de liqueur de Villate pure. Chez l'un, nous avons injecté la liqueur verte faite avec le vinaigre; chez l'autre, la liqueur bleue faite avec l'acide acétique. Ce dernier a paru plus incommode que le premier. Pendant deux heures, ces animaux n'ont pas mangé. L'extrémité du nez se contractait; les flancs battaient avec précipitation, puis, peu à peu, ces accidents se sont calmés, et, le lendemain, ils paraissaient très-bien portants.

Expérience II. — Le 14 avril, sur les deux mêmes lapins, je mets à nu la veine crurale et j'injecte doucement, avec la seringue de Pravaz, dans cette veine, 20 gouttes de liqueur verte à l'un et 10 gouttes de liqueur bleue à l'autre.

Après l'opération, ils paraissent éprouver quelques instants d'anxiété. Battements précipités des flancs, particulièrement chez

(1) M. Corbière, vétérinaire très-distingué, m'a prêté son concours pour ces diverses expériences.

celui chez lequel j'avais injecté la liqueur bleue. Deux heures après, ils mangent et ne paraissent plus incommodés.

Expérience III. — Sur un des deux lapins qui ont servi aux expériences précédentes, le 17 avril, j'injecte sous la peau du dos 20 gouttes de liqueur verte. Mêmes phénomènes que précédemment. Les jours suivants, il est bien portant.

Expérience IV. — Le 20 avril, sur chacun de mes deux mêmes lapins, j'injecte sous la peau 40 gouttes de liqueur de Villate. Pour cela, je pratique une piqûre sur chaque flanc, et par chaque piqûre, j'injecte 20 gouttes. A l'un de ces animaux, j'injecte de la liqueur bleue; à l'autre, de la liqueur verte. Ils ne sont pas plus incommodés que dans les expériences précédentes. Au bout de deux heures, ils mangent la nourriture qu'on leur apporte, et le lendemain et les jours suivants, ils paraissent bien portants.

Expérience V. — Le 17 avril; à deux heures de l'après-midi, sur un chien d'assez forte taille pesant 15 livres, nous mettons à nu la veine crurale droite, et nous injectons avec les plus grandes précautions, sans qu'une seule bulle d'air pénètre dans la veine, 1 gramme de liqueur de Villate verte.

La plaie est réunie par une suture; l'animal est inquiet, souffrant, ses flancs battent avec violence; la respiration est profonde. Cet état dure une heure environ, puis peu à peu il se remet, et le soir, à sept heures, il mange de la viande, et la nuit, il mange une soupe au lait qu'on a placée auprès de lui. Les jours suivants, il paraît ne pas se ressentir de cette injection.

Expérience VI. — Le 20 avril, sur le même chien, nous mettons à nu la veine humérale, et nous y injectons 6 grammes de liqueur de Villate verte. Immédiatement la respiration devient profonde, précipitée. Il y a du hoquet, deux vomissements; il rend ses urines, puis des matières fécales, et il meurt sans convulsions tétaniques, un quart d'heure après l'injection.

Le lendemain matin, nous pratiquons l'autopsie : raideur cadavérique prononcée; les poumons ne sont point oedématiés. A la coupe, il ne s'écoule pas de liquide séro-sanguinolent. Ils sont souples, crépitants et manifestement emphysémateux dans toute leur étendue. A peine présentent-ils quelques traces de congestion à leur partie inférieure. Le cœur et les gros vaisseaux renferment un sang noir, non coagulé, ayant la consistance d'un sirop épais, mais ne présentant nullement la coloration de laque carminée signalée par M. Heine. Le ventricule droit est médiocrement distendu par ce sang. Quant au gauche, il est contracté et n'en contient qu'une très-petite quantité.

Des expériences qui précèdent, il résulte que la liqueur de Villate injectée sous la peau des lapins ne détermine aucun accident à des doses même fort élevées eu égard au volume de l'animal. Ainsi, ils ont pu supporter 40 gouttes ou 2 grammes de cette liqueur sans être incommodés, alors que déjà ils avaient servi, les jours précédents, à de nombreuses expériences du même genre qui auraient dû affaiblir notablement leur résistance vitale, si la liqueur de Villate était aussi toxique que le feraient supposer les expériences de M. Heine.

L'injection de liqueur de Villate à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme dans les veines des lapins et d'un chien n'a point amené de troubles durables dans la santé de ces animaux.

Ces expériences nous démontrent l'extrême tolérance avec laquelle l'économie paraît supporter cette injection. Il est vrai qu'une dose de 6 grammes a déterminé la mort du chien : mais quel est le médicament même le plus innocent qui, injecté dans une veine humérale à cette dose, ne déterminerait pas la mort ?

Nous pouvons donc conclure que, contrairement aux expériences et aux assertions de M. Heine, la liqueur de Villate peut, sans inconvénient, être injectée en petite quantité, dans le sang, chez les animaux.

En résumé, je crois avoir établi que la mort, dans le fait de M. Heine, est due à l'injection de la liqueur de Villate dans les *veines* de sa malade ; que son observation est, du reste, fort incomplète et que, d'après ses propres expressions, il a dû employer une injection dont la composition diffère de celle que nous préconisons ; d'où il suit que, jusqu'à présent, aucun fait ne prouve que la liqueur de Villate employée *d'après les règles que nous avons indiquées*, ait déterminé la mort.

Si un cas malheureux se présentait, nous demandons qu'il soit publié dans tous ses détails, afin que chacun puisse juger si la faute en est au médicament ou à la manière dont il a été employé, et si j'insiste sur ce point, c'est que j'ai, par devers moi, des faits que je me propose de publier plus tard, dans lesquels j'aurais dû perdre mes malades, si la liqueur de Villate était aussi toxique que l'on veut bien le dire : c'est qu'il est vraiment étonnant que la liqueur de Villate ait été employée pendant des années, dans le service de M. Velpeau, pour le traitement des fistules rebelles succédant aux abcès du sein, et qu'elle soit journellement mise en usage par M. Nélaton dans les affections les plus diverses, sans que ces habiles chirurgiens aient eu aucun accident à déplorer. Aussi suis-je heureux de pouvoir m'appuyer sur l'exemple et l'autorité de ces illustres maîtres pour mettre en garde sur les cas de mort publiés jusqu'à ce

jour, et pour appeler sur eux une enquête sévère et détaillée qui permette de se prononcer sur leur valeur.

COMITÉ SECRET.

La Société se forme en comité secret pour entendre un rapport sur les titres des candidats à la place de membre titulaire.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire, D^r LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 13 MAI 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

- Les journaux de la semaine.
- Rapports sur le *Mal de Saint-Lazare*, ou *Éléphantiasis des Grecs* ;
- sur la *Gazette médicale de Mexico*, extraits des archives de la Commission scientifique du Mexique, par M. Larrey.
- *Étude sur les Hôpitaux de Rome*, thèse inaugurale, par M. Et. J. Schaeuffele.

Traitement du bec-de-lièvre.

A l'occasion du procès-verbal, M. Broca croit devoir donner quelques explications sur une lettre adressée au rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux*, par M. le professeur Sédillot, de Strasbourg.

Cette lettre, dit-il, a été motivée par la publication de ma note sur l'application de la suture osseuse au traitement du bec-de-lièvre compliqué. Elle aurait sans doute été adressée à notre président, si notre éminent collègue, M. Sédillot avait su que mon travail avait été lu à la Société. La mention de ce fait n'ayant pas été donnée (et je le regrette) par la *Gazette des Hôpitaux*, il était naturel de croire que

l'article avait été communiqué directement au rédacteur. M. Sédillot, trompé par les apparences, a donc adressé au journal sa rectification, et il l'a fait, d'ailleurs, dans des termes si courtois, que je dois, avant tout, le remercier de sa bienveillance.

Si j'avais écrit un travail *ex professo* sur le point de chirurgie que j'ai traité, je me serais fait un devoir de citer l'opinion de tous les chirurgiens dont les écrits font autorité, et, parmi eux, je me serais bien gardé d'oublier M. Sédillot; mais la note que je lisais à la Société de chirurgie n'était que la suite d'une discussion commencée dans une précédente séance. A l'occasion d'un cas de bec-de-lièvre double et très-compiqué présenté par M. Demarquay, j'avais émis l'opinion qu'on pouvait tenter de conserver le tubercule incisif, et je m'étais trouvé seul de mon avis.

Il en eût été sans doute autrement il y a vingt-cinq ans, époque où mon maître, Blandin, venait d'instituer le procédé d'excision triangulaire de la cloison, qui permet de réduire aisément le tubercule osseux. Ce procédé fut alors accueilli avec faveur par les chirurgiens; mais lorsqu'on eut vu que le tubercule restait mobile, qu'il était inutile et gênant, on revint peu à peu à la méthode de Franco, si bien, je le répète, que l'idée d'appliquer le procédé de Blandin à la petite malade de M. Demarquay fut écartée par tous mes collègues. Lorsqu'une opinion reçoit un pareil accueil à la Société de chirurgie, on peut dire, *devant cette Société*, qu'elle est généralement abandonnée; mais je n'ai pas dit, pour cela, qu'elle fût repoussée par *tous les chirurgiens*. J'ai annoncé, au contraire, dès les premières lignes de ma note, que j'allais, à l'aide d'une observation clinique, « démontrer la possibilité d'un fait nié par la *plupart des chirurgiens*. » C'est après cette phrase que j'ai ajouté : « On s'accorde *généralement* à dire aujourd'hui que le tubercule incisif doit être enlevé.... » Le mot *généralement*, faisant immédiatement suite aux mots : *la plupart des chirurgiens*, exprime évidemment la même idée. En deux autres passages, j'ai encore parlé *des chirurgiens*, mais nulle part M. Sédillot n'a pu lire dans ma note que j'aie, suivant l'expression qu'il me prête, « cité l'opinion de *tous les chirurgiens*, » et mérité par là d'être spirituellement comparé à madame de Sévigné, qui crut voir un jour « toute la France » dans la chapelle du château de Versailles.

L'éminent professeur de Strasbourg n'est donc pas fondé à croire que j'aie négligé de lire son important *Traité de médecine opératoire*; mais il a raison de vouloir bien me compter parmi les partisans de l'École de Strasbourg. Je fais tous mes efforts pour profiter des beaux travaux de cette École. Dans le cas particulier du bec-de-lièvre, toute-

fois, je dois, avant tout, me ranger au nombre des disciples de Blandin, dont j'ai cherché à compléter le procédé en y ajoutant l'avivement et la suture du tubercule osseux, procédé que j'ai, pour ainsi dire, vu naître sous mes yeux, car j'étais attaché au service de ce professeur en 1843, époque où il l'inventa.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE.

L'ordre du jour appelle la nomination d'un membre titulaire.

La Commission chargée de l'examen des titres des candidats avait placé :

En première ligne, M. Marc Sée;

En deuxième ligne, M. Duplay;

En troisième ligne, M. Paulet.

Sur 26 votants, obtiennent :

M. Marc Sée, 19 voix;

M. Paulet, 5 voix;

M. Duplay, 2 voix.

NOMINATION DE COMMISSION.

Nomination d'une Commission pour l'examen des titres des candidats à la place de membre titulaire.

Cette Commission sera composée de MM. de Saint-Germain, Guyon et Tillaux.

COMMUNICATION.

Sur la rapidité de développement de certains enchondrômes.

— M. TRÉLAT. M. Tillaux, dans une communication récente sur un cas d'enchondrôme de la mâchoire supérieure, a appelé votre attention sur la très-grande rapidité avec laquelle cette tumeur s'était développée.

Je viens d'avoir l'occasion d'observer deux faits de développement rapide de l'enchondrôme. Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune femme, dont j'ai déjà parlé ici, et chez laquelle une énorme tumeur de la partie latérale du cou mit environ dix-huit mois à atteindre son volume. Cette tumeur était un enchondrôme pur.

Ce matin même j'ai enlevé, sur une femme, une tumeur de la région parotidienne, qui s'était développée en trois ans. J'avais mis une certaine réserve dans mon diagnostic et posé la question de l'existence possible d'une simple hypertrophie.

L'opération qui, d'ailleurs, n'a présenté aucune difficulté, une fois terminée, j'ai pu voir que la tumeur présentait exactement les mêmes caractères que celle dont je viens de parler. Je parle des caractères observables à l'œil nu, car l'examen microscopique n'a pas encore été fait.

En présence de pareils faits, je pense que la question de la rapidité ou de la lenteur du développement des tumeurs cartilagineuses demande à être soumise à une révision sérieuse.

Déjà, au point de vue de l'anatomie pathologique, on a de la tendance à admettre des variétés dans le groupe des tumeurs qui renferment des éléments cartilagineux.

Je voudrais savoir si les faits tels que celui de M. Tillaux et les miens sont exceptionnels, ou bien, au contraire, s'ils sont plus communs qu'on ne l'a cru jusqu'à ce jour.

M. DESPRÉS. Les faits analogues à ceux dont nous ont entretenu MM. Tillaux et Trélat ne sont pas rares pour les enchondrômes viscéraux. Les bulletins de la Société de chirurgie renferment des faits d'enchondrôme testiculaire à marche rapide. Dans ces cas, on a constaté les caractères qui sont attribués par Virchow à l'enchondrôme muqueux.

On trouve aussi, dans les Bulletins de la Société anatomique et de la Société de chirurgie, des observations de tumeurs qui se sont développées, comme le fait le cancer, et qui renfermaient des éléments cartilagineux, mais pas les éléments du cartilage normal. On a, en outre, rencontré dans ces tumeurs des éléments fibro-plastiques.

Il faudrait se demander si, dans les cas de MM. Tillaux et Trélat, il n'existait pas des éléments fibro-plastiques.

M. TILLAUX. Je ne crois pas à la ressemblance des tumeurs du testicule, dont a parlé M. Després, avec celles de M. Trélat et la mienne. Dans le cas que j'ai observé, il n'y avait pas une foule d'éléments anatomiques, mais bien du cartilage pur et rien autre chose. J'avais diagnostiqué une tumeur fibro-plastique, à cause de la rapidité du développement de la production morbide. Rien dans l'examen anatomique, fait par MM. Laboulbène, Ranvier, Quinquaud et moi, n'a permis de justifier ce diagnostic. Il n'y avait pas de traces d'éléments fibro-plastiques.

Ces tumeurs sont peu fréquentes, et à l'œil nu même, ne peuvent être confondues avec des tumeurs fibreuses, car leur aspect est tout à fait celui du cartilage.

M. DESPRÉS. Je ne discute pas les faits de MM. Tillaux et Trélat; mais je dis qu'il y a une quantité très-considérable de tumeurs qui

renferment, dans leur intérieur, du cartilage et autre chose que du cartilage.

Dans toutes les tumeurs classées parmi les enchondrômes, il n'y a pas exclusivement de la substance fondamentale et des cellules de cartilage. Il existe aussi du fibro-cartilage, et l'on trouve au milieu des fibres des cellules embryonnaires de cartilage. Je crois que toutes les tumeurs qui ont été observées jusqu'à ce jour, et qui marchaient très-vite, ne renfermaient que des éléments de ce genre et non pas les éléments normaux du cartilage.

M. CHASSAIGNAC. Relativement à cette grande variabilité de durée des enchondrômes, il est bien évident qu'aujourd'hui les faits sont mieux observés qu'autrefois. Jadis, on a considéré ces tumeurs sous un autre jour; ainsi, l'on a rangé beaucoup d'enchondrômes parmi les tumeurs colloïdes. Ceci explique les différences attribuées à l'évolution de ces tumeurs.

Dans toutes ces tumeurs, il faut tenir compte de plusieurs conditions : 1° de la présence du tissu cartilagineux; 2° de la présence de tissus secondaires propres à la région; 3° de l'état général du sujet qui peut accélérer la marche de la production morbide, la composition anatomique restant la même.

M. GIRALDÈS. M. Trélat veut qu'on soumette à une révision complète l'histoire des enchondrômes. Pour réviser cette question, il faudrait soumettre tous les faits à un mode d'investigation identique, l'examen microscopique. Or, à ce point de vue, la plupart des faits anciens doivent être mis de côté; ainsi, toutes ces tumeurs indiquées par M. Després n'ont pas été examinées avec un soin convenable, et l'on ne peut en tenir compte.

M. DESPRÉS. Les observations auxquelles j'ai fait allusion sont des faits très-sérieux, tels que ceux qui appartiennent à M. Lhonneur, à M. Dauvé, ceux rapportés dans la thèse d'un élève de l'École de Lyon, M. Conche, etc.

M. TRÉLAT. M. Després a pris la parole deux fois, d'abord pour s'occuper de nos observations; mais les faits rapportés par M. Tillaux et par moi ne doivent pas donner lieu à discussion, car il s'agit d'enchondrômes purs.

Que certaines tumeurs mixtes marchent avec rapidité, cela est possible, mais cela n'a rien à voir avec nos faits.

En second lieu, M. Després a tracé un historique fort approximatif de la doctrine de Virchow, en ce qui concerne les enchondrômes. Dans la description donnée par M. Després, je ne vois absolument rien qui prouve qu'il ne s'agit pas là d'enchondrôme. Ce qu'il y a d'im-

portant dans les faits que je viens de signaler, c'est qu'assurément ils sont exceptionnels et mal connus encore.

M. CHASSAIGNAC. Pour bien comprendre et interpréter la marche lente de certaines tumeurs, il faut bien avoir présente à l'esprit l'évolution de quelques inflammations chroniques, dans la composition desquelles on voit, à un certain moment, intervenir des éléments nouveaux, l'élément cancéreux, par exemple. Dans un cas de ce genre, on ne peut dire que l'on a eu affaire à une tumeur cancéreuse pure à marche lente.

Un individu; bien portant d'ailleurs, a une tumeur; puis son état général se modifie, et il devient cancéreux. Eh bien! dans ce cas, ce n'est pas sur le terrain de la composition anatomique de la tumeur qu'il faut se placer pour juger la question, mais sur celui de l'état général du sujet.

M. FORGET. Sans vouloir rien enlever aux observations de M. Chassaignac, je veux seulement faire remarquer que cette question de dégénérescence des tumeurs par substitution de tissu a déjà été agitée, il y a une quinzaine d'années, devant la Société de chirurgie.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. GUERSANT présente un jeune enfant qui n'a qu'un os à l'avant-bras, et à la main un seul doigt. Les avant-bras sont fléchis sur les bras et dirigés en arrière.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, D^r LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 20 MAI 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

- Les journaux de la semaine.
- Le *Bulletin de thérapeutique*, avec la table des tomes LXI à LXXII (1862 à 1867).

- *Le Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*
- *La Gazette médicale de Strasbourg.*
- *Le Montpellier médical.*
- *La Revue médicale de Toulouse.*
- *Le Bulletin médical du nord de la France.*
- *Nouvel appareil à irrigation médiate*, par M. Rinaldi, ancien chirurgien militaire.
- Trois volumes de *Mémoires de chirurgie*, par M. Larrey, offerts à la Société par l'auteur.
- *Traité des divisions congénitales ou acquises, de la voûte du palais et de son voile*, par A. Preterre. In-8° avec 97 figures.
- Une lettre de notaire notifiant le décès de M. Ange Duval, membre correspondant de la Société.

A l'occasion du procès-verbal :

Enchondrome. — M. TRÉLAT dépose sur le bureau l'une des deux observations qu'il a citées dans la dernière séance; l'autre observation a été publiée par la *Gazette des Hôpitaux*, qui en a reçu le manuscrit.

Obs. — Eugénie R..., 40 ans, blanchisseuse.

Entrée salle Sainte-Marthe, n° 49, le 20 avril 1868.

La santé habituelle a toujours été et est encore bonne.

C'est à trois ans environ que cette femme fait remonter le début de la tumeur qu'elle porte à la région parotidienne. Au commencement, dit-elle, c'était comme une lentille placée sous la peau, mobile et indolore.

Lentement, par une marche qui semble avoir été régulièrement progressive, cette tumeur a pris le développement où nous la voyons arrivée; mais, sauf quelques élancements que la malade y ressentait surtout à l'époque des règles, aucune douleur vive ne s'y montrait.

Actuellement, à la région parotidienne gauche, existe une tumeur arrondie qui, revêtue des téguments, dessine une bosselure grosse comme un œuf de poule. Sa situation est telle, que la partie supérieure de son contour atteint la partie la plus élevée de la région, tandis que son bord inférieur est distant de 2 centimètres environ de l'angle maxillaire. En avant, elle déborde sur le bord postérieur de la branche montante en arrière, elle soulève notablement le lobule de l'oreille. Sa consistance est à peu près uniforme, rénitente, en aucun point fluctuante, mais un peu plus molle au sommet.

Nulle part le doigt n'y perçoit la sensation caractéristique d'une enveloppe osseuse dépressible.

Elle semble formée de trois lobes : un supérieur, un inférieur et un antérieur moins développé.

La pression n'y provoque aucune douleur.

La tumeur gêne peu, et seulement depuis ces derniers temps, les mouvements de la mâchoire.

La peau, qui est saine sur la tumeur, est sans aucune adhérence avec elle. Vient-on à explorer la mobilité de la tumeur elle-même, celle-ci, au contraire, n'est que partielle et limitée.

En présence d'une tumeur qui n'offre guère d'autres caractères que ceux qui sont communs à cette classe d'affections à marche lente, sans douleur, sans adhérence de la peau, le diagnostic devait osciller entre deux variétés de tumeurs bénignes, presque également fréquentes en ce point : l'adénome parotidien, ou l'enchondrôme. Et il faut ajouter que le diagnostic différentiel, poussé à un plus haut degré de précision, était, dans le cas actuel, matériellement impossible.

L'opération fut pratiquée le 13 mai. Incision verticale comprenant toute la peau. Incision horizontale de 2 centimètres partant de l'angle supérieur de la première incision. En écartant le lambeau ainsi circonscrit, on détruit les quelques filaments cellulux qui unissent la peau à la tumeur. L'énucléation se continue facilement. Les tractions faites sur la tumeur, au moyen d'une crique, en déterminent la rupture. Les fragments qui s'en échappent sont visiblement des fragments d'enchondrôme mou. Quand M. Trélat a enlevé toute la masse cartilagineuse qui a le volume d'une grosse noix, on voit, de la façon la plus nette, la face profonde du kyste qui contenait la masse cartilagineuse. La dissection du kyste s'achève sans difficulté, mais provoque un notable écoulement sanguin.

Pansement sec, légèrement compressif.

14 mai. — Mouvement fébrile très-léger; peu de douleur au niveau de la plaie. Même pansement.

15 mai. — L'incision transversale est en voie de réunion.

16-17 mai. — La plaie suppure à peine et est recouverte d'une couche grisâtre pseudo-membraneuse. Pansement avec l'eau-de-vie camphrée.

18 mai. — La plaie suppure et commence à bourgeonner.

Aujourd'hui, 20 mai, la plaie est en voie de cicatrisation rapide.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par M. Ranvier.

La tumeur est un *enchondrôme à cellules ramifiées, en voie de dégénérescence muqueuse*.

Les éléments cellulaires sont de deux ordres : 1° quelques rares cellules cartilagineuses ordinaires entourées de leur capsule, et disséminées au milieu des autres; 2° des cellules ramifiées (0,012 à 0,018) offrant de deux à six prolongements qui vont s'anastomoser avec les prolongements des cellules voisines.

La substance fondamentale, amorphe en certains points, fibreuse dans d'autres, présente un très-grand nombre de fibres élastiques. Les points où ces fibres élastiques offrent cette grande longueur, contiennent beaucoup de cellules et peu de substance intercellulaire, de telle sorte qu'on dirait que ces fibres élastiques proviennent directement des cellules allongées par leur tassement.

Les parties qui ont subi la dégénérescence muqueuse se rencontrent dans un assez grand nombre de points. On voit des cavités de formes et de dimensions variables renfermant de la substance muqueuse, des fibres élastiques et un petit nombre de cellules, qui sont devenues granulo-graisseuses.

— M. GIRALDÈS. Je tiens à faire remarquer, afin qu'il n'y ait pas double emploi, que l'enfant présenté par M. Guersant dans la dernière séance est le même que celui dont il est question dans une de mes leçons cliniques publiées récemment.

— M. CHASSAIGNAC. Je pense que la note adressée en réponse par M. Broca à la lettre de M. Sédillot n'exprime pas la véritable manière de voir de la Société de chirurgie, relativement à l'opportunité de la conservation du tubercule osseux médian, dans le cas de bec-de-lièvre compliqué. Je n'ai pas voulu, il est vrai, que l'on conservât le tubercule osseux chez l'enfant présenté par M. Demarquay; mais il s'agit là d'un cas particulier et non pas de l'application d'un principe général. Or, c'est sous ce dernier jour que notre manière de voir est présentée dans la note de M. Broca.

M. DEPAUL. Je m'associe complètement à la réclamation de M. Chassaignac. Dans la discussion qui a eu lieu ici, je n'ai voulu parler que du cas présent.

M. GUERSANT. Ainsi que mes collègues, j'admets que dans un grand nombre de cas, il faut conserver le tubercule osseux médian.

— Sur l'invitation de M. le Président, M. Marc Sée, nommé membre titulaire, prend place parmi ses collègues.

COMMUNICATIONS.

M. TILLAUX fait la communication suivante :

Luxation spontanée de la sixième vertèbre cervicale sur la septième.

Le nommé M..., âgé de quarante-huit ans, ébéniste, partit le lundi 4 mai dernier passer la journée au camp de Saint-Maur avec plusieurs amis ; l'un d'eux lui donna un croc-en-jambe qui le fit tomber sur l'herbe ; mais la chute fut si légère que le malade se releva immédiatement, n'éprouva aucune douleur et perdit même complètement le souvenir de cette chute, puisqu'on dut plus tard la lui rappeler. Il était deux heures après midi. Pendant quatre heures encore. M... continua à courir et à jouer avec ses amis. Tout à coup, vers six heures, il s'affaissa en s'écriant : « Soutenez-moi, je ne puis plus me porter. » Les assistants crurent d'abord à une plaisanterie, mais ce n'était que trop vrai. Il fut transporté de suite au village voisin, où un médecin constata une paraplégie absolue, et le même soir, à onze heures, il entra à l'hôpital Saint-Antoine. L'interne de garde ne constatant, ni dans l'état local, ni dans les antécédents, rien qui indiquât un traumatisme, plaça le malade dans le service de M. le docteur Millard, médecin de l'hôpital. Je suis heureux de remercier cet excellent collègue de m'avoir permis de vous communiquer ce fait.

Le 5, à la visite du matin, M. le docteur Millard constate une paraplégie complète. La paralysie remonte jusqu'au troisième espace intercostal. Les membres supérieurs eux-mêmes ont perdu de leur sensibilité tout en conservant la mobilité. Il n'y a pas trace d'action réflexe dans les membres inférieurs. Le malade, qui est fort intelligent, rend parfaitement compte de son état et ne sait à quelle cause rattacher les phénomènes qu'il éprouve.

En examinant la région dorsale, on constate une saillie très-prononcée de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale. La tête tout entière est portée en avant ; mais le malade, interrogé à cet égard, déclare qu'il se tient très-mal à l'ordinaire et qu'il marche toujours la tête penchée dans ce sens ; il ne lui semble pas qu'elle soit plus penchée que d'habitude ; cependant il éprouve du soulagement lorsque l'on redresse légèrement sa tête.

L'action de la moelle était totalement anéantie à partir de la région cervicale ; mais à quelle cause directe rattacher cette paraplégie ? M. Millard était fort embarrassé, et je ne le fus pas moins que lui en

examinant le malade; car, comment admettre une fracture ou une luxation de la colonne vertébrale avec les commémoratifs qui sont relatés plus haut : traumatisme insignifiant et produit quatre heures avant le début des accidents, nulles traces de maladie antérieure; santé habituelle excellente.

Les symptômes de la paraplégie persistèrent les jours suivants, et le malade mourut le 8 mai, quatre jours après son entrée.

L'autopsie nous a révélé les particularités suivantes, que vous pouvez constater sur la pièce que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux.

Les muscles des gouttières vertébrales étaient infiltrés de sang. Une fois ces muscles enlevés, il fut facile de constater que la colonne vertébrale était complètement séparée en deux tronçons au niveau de la septième cervicale; nous crûmes d'abord à une fracture. Un examen plus attentif démontre que les surfaces osseuses étaient intactes, qu'il existait une luxation complète entre la sixième et la septième cervicale. Les cinq premières vertèbres ont conservé leurs rapports avec la sixième. La capsule qui réunit les surfaces articulaires est déchirée, ainsi que le ligament inter-épineux. Le disque inter-vertébral est rompu d'avant en arrière et de haut en bas, en sorte qu'une portion de ce disque adhère en avant à la face supérieure de la septième, et l'autre portion à la face inférieure et en arrière seulement de la sixième. Les surfaces osseuses ne sont pas érodées et présentent seulement une légère vascularisation; mais la lésion capitale porte sur la septième cervicale. Au lieu de représenter une surface rectangulaire dans le sens antéro-postérieur, la coupe de cette vertèbre donne la forme exacte d'un coin dont la base est en arrière et le sommet en avant. La face postérieure de la vertèbre mesure en hauteur 15 millimètres, tandis que la face antérieure n'en mesure que 7. La face supérieure représente donc un plan incliné de haut en bas et d'arrière en avant. On ne constate aucune trace de suppuration ancienne ou récente, ni dans les corps vertébraux, ni dans le voisinage. Du reste, les renseignements fournis par le malade, ceux donnés aujourd'hui encore par sa veuve ne dénotent aucune maladie antérieure, aucune douleur dans la région du cou.

La moelle, examinée trop tard pour que les recherches histologiques soient possibles, était fortement comprimée et réduite en une pulpe presque liquide au niveau de la luxation.

En résumé, depuis une époque qu'on ne peut préciser, il s'était produit sur la septième vertèbre cervicale un travail de résorption et non pas usure, car le disque inter-vertébral n'était nullement dé-

truit ; vous le voyez encore intimement adhérent à la partie de la vertèbre qui a perdu de sa hauteur : les deux vertèbres ne frottaient donc pas l'une contre l'autre. •

Depuis longtemps déjà la sixième vertèbre cervicale et la tête avec elle s'étaient inclinées sur le plan oblique, en bas et en avant, que leur offrait la face supérieure de la septième, d'où cette attitude vicieuse que le malade rapportait à sa profession. Puis, tout à coup, sous l'influence probable d'une cause véritablement insignifiante, puisque le malade n'a éprouvé des accidents que quatre heures après sa chute, une luxation complète en avant s'est produite, et a déterminé la mort.

C'est la marche et le mécanisme, à coup sûr fort insolites, de cette luxation, qui nous ont engagé, M. le docteur Millard et moi, à vous en relater les détails.

M. DESPRÈS. Le fait remarquable à quelques égards que M. Tillaux vient de nous faire connaître, me semble pouvoir trouver une explication assez simple. Il s'agit là d'un mal de Pott, du genre de celui qui a été étudié par M. Nichet. Le point de départ de la maladie a été la bourse séreuse du fibro-cartilage ; aujourd'hui, tout autour de l'os, on voit des traces d'inflammation. Dans un pareil état, on comprend qu'un effort léger ait pu produire une luxation spontanée.

M. LARREY. Je pense également que dans ce fait on peut suivre très-bien les deux périodes du mal vertébral ; dans la première existait l'ostéite vertébrale, dans la seconde est parvenue la paraplegie, caractère essentiellement décrit par Pott dans ses deux mémoires.

M. TILLAUX. Il est bien évident qu'il y a eu une inflammation de l'os ; mais ce qu'il y a de singulier dans le cas actuel, c'est que cette tumeur blanche ait passé complètement inaperçue, et que tout à coup elle ait causé une luxation spontanée.

M. DESPRÈS. Je me méfie des faits extraordinaires et c'est pour cela que j'ai pris la parole. Je le répète, il s'agit là de la forme de mal de Pott étudié par M. Nichet, mal de Pott ayant son point de départ dans le ménisque inter-articulaire ; or, l'on sait que l'os s'use dans ce cas. Si on avait pu interroger le malade sur ses antécédents de jeunesse, on eût découvert quelques traces de symptômes d'arthrite vertébrale.

M. TILLAUX. Cette interrogation a eu lieu et n'a donné que des résultats négatifs.

M. PANAS. J'ai examiné le malade de M. Tillaux peu de temps après l'accident. Cet individu affirmait que c'est trois heures après avoir joué avec ses camarades qu'il avait été frappé de paralysie.

On a pensé alors qu'il y avait une lésion ancienne, et l'on a posé le diagnostic : fracture, suite évidente de lésion ancienne.

Pour moi, il a existé une maladie du ménisque inter-articulaire. Il y avait un ramollissement du disque intervertébral ; par suite de cet état, le cou du malade était dans une position vicieuse, et cette pression de longue date a amené une usure du corps vertébral en avant. En même temps que cela existait, le ramollissement continuait à se faire, et c'est à la suite d'un mouvement de flexion de la tête en avant que la rupture a eu lieu.

Luxation du poignet.

M. GUYON, j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie le moule en plâtre d'une luxation traumatique du poignet, que je viens d'observer à l'hôpital des Cliniques.

Voici les détails relatifs à l'observation de ce fait intéressant.

Le 15 mai 1868, pendant la visite, on conduit à la clinique le nommé P... Hippolyte, tailleur de pierres, âgé de 30 ans. L'accident subi par le malade était tout récent; blessé dans le chantier de la Sorbonne, P... avait été immédiatement conduit à l'hôpital. Aussi avons-nous pu l'examiner avant tout gonflement, et nous rendre compte, dès l'abord, de l'exacte configuration de la région malade.

Au premier coup d'œil, il paraissait impossible de ne pas songer à un déplacement du poignet en arrière; l'on voyait distinctement sur la face dorsale du poignet une saillie régulière rappelant exactement la forme du carpe. Du côté de la main cette saillie fait suite à sa face dorsale, du côté de l'avant-bras, existe un relief nettement accusé, et d'autant plus distinct que la peau forme deux plis transversaux très-accusés dans le sillon qui marque la ligne de démarcation inférieure. Ce point est distant de plus de quatre centimètres de la ligne de flexion de la face antérieure du poignet.

En avant, la saillie que l'on observe est beaucoup moins régulière et paraît plus volumineuse; elle descend à cinq millimètres de la ligne de flexion du poignet, dont elle n'est séparée que par un pli épais de la peau. Au toucher, cette saillie antérieure est très-irrégulière, le rebord osseux le plus en relief est si abrupt que l'on se prend à se demander s'il ne s'agit pas de l'extrémité d'un fragment fracturé. Mais il est bientôt facile de reconnaître le bord antérieur de l'extrémité inférieure du radius et l'apophyse styloïde notablement portée en avant; la position de l'apophyse cubitale montre que cet os est moins sensi-

blement porté en avant. Il n'est d'ailleurs en aucune façon porté en dehors.

Comparées l'une à l'autre, ces deux saillies sont donc fort dissemblables et diffèrent à la fois par leur forme et leur position. L'une, la dorsale, remonte vers l'avant-bras et s'éloigne de quatre centimètres du pli de flexion, l'autre, la palmaire, s'en rapproche jusqu'à cinq millimètres.

L'une et l'autre refoulent les tendons, mais nous n'avons pas observé, comme cela a été vu par M. Voillemier, que la peau fût soulevée par les tendons extenseurs écartés du corps du radius. Ainsi que nous l'avons dit, la peau formait au-dessus de la saillie dorsale deux plis transversaux :

La main n'offrait aucune déviation, elle était restée dans l'axe de l'avant-bras, les doigts étaient modérément fléchis.

Le malade souffrait cruellement, était anxieux, mais racontait nettement ce qui lui était arrivé. Il taillait une pierre énorme ; voulant la changer de position, il lui imprima de la main droite un mouvement de bascule, tandis que de la main gauche il l'empêchait de glisser trop rapidement. Bientôt il sentit que sous l'influence du poids considérable qu'elle soutenait, la main gauche se ployait outre mesure ; il voulut la dégager, mais le coude fut arrêté par une autre pierre placée derrière lui, et la première continua à presser de tout son poids sur la paume de la main gauche, alors que le coude fournissait un point d'appui fixe ; à ce moment, le malade n'a ni entendu ni senti de craquement, mais il a éprouvé une douleur violente. Bientôt dégagé par ses camarades, il fut conduit à l'hôpital.

Nous nous empressâmes de faire mouler le membre malade ; lorsqu'une heure après son entrée P... fut conduit à l'amphithéâtre, le gonflement de l'avant-bras était déjà très-prononcé. La saillie que l'on remarque au-dessus du carpe déplacé est bien accusée par le moulage, et nuit même à sa physionomie ; cette saillie molle était évidemment due au gonflement de la gaine des radiaux externes qui se produit si habituellement dans les fractures ou entorses de l'extrémité inférieure du membre thoracique.

Le malade fut chloroformé jusqu'à résolution musculaire. Toute investigation devenait alors facile, et nous croyons devoir déclarer que, sous le bénéfice de toute absence de douleur et d'inconvénient pour le malade, nous ne craignîmes pas d'explorer les extrémités déplacées avec tout le soin, toute la rigueur possibles.

Il fut alors évident : 1° que nous avions bien affaire aux surfaces articulaires déplacées ; 2° que l'extrémité inférieure du radius n'était

le siège d'aucune solution de continuité; — sur ce point en particulier notre examen fut aussi complet que possible; — 3° que les apophyses du radius et du cubitus n'étaient pas fracturées; 4° que l'articulation radio-cubitale inférieure avait, elle aussi, subi des déchirures ligamenteuses, car il était possible de faire jouer l'une sur l'autre les extrémités osseuses.

La réduction fut facile; elle s'opéra sans craquement; le membre fut placé entre deux attelles modérément serrées qui embrassaient la main et l'avant-bras. Mais dès le soir il fallut renoncer à toute contention. Le gonflement était devenu considérable, et le lendemain matin nous trouvions de nombreuses phytènes séro-sanguines. Dès lors nous avons abandonné tout appareil, et le membre enveloppé de cataplasmes fut déposé dans une gouttière. Aujourd'hui, le gonflement a bien diminué, et voici ce qui était constaté ce matin même.

Malgré l'absence de moyens contentifs, le déplacement ne s'est pas reproduit; à aucun degré la pression sur l'extrémité inférieure du radius n'est douloureuse, à plusieurs reprises nous l'avons vivement pratiquée au lieu d'élection sans que le malade se plaignît. Aucune douleur n'est provoquée lorsque l'on presse les apophyses styloïdes, mais la pression de l'articulation, au niveau de la face dorsale du poignet, est très-sensible et, à ce niveau, le carpe fait une saillie encore appréciable.

Nous pouvions, grâce au moulage, comparer le membre à lui-même avant et après réduction. Vous voyez très-nettement sur le plâtre la pointe de l'olécrâne; nous avons mesuré de ce point à la saillie du troisième métacarpien. Le membre actuel, c'est-à-dire après réduction, est de 2 centimètres plus long. Nous avons aussi comparé l'avant-bras gauche à l'avant-bras droit. Les apophyses styloïdes offrent la même position, c'est-à-dire qu'à droite et à gauche l'apophyse du radius descend plus bas que celle du cubitus. Enfin le radius droit et le radius gauche sont de la même longueur.

Vous le voyez, ce que nous observons aujourd'hui vient confirmer ce que nous avons noté le jour de l'accident, et nous pensons avoir le droit de maintenir le diagnostic de la luxation sans nous en référer à une autopsie qui, fort heureusement, n'est pas en cause.

Nous dirons avec Malgaigne : « Avec tous ces signes on est en droit d'affirmer la luxation du poignet, simple ou avec de petites fractures insignifiantes. » C'est là, en effet, le seul point du diagnostic qui soit fort difficile sinon impossible à résoudre. La luxation n'est pas simple d'ailleurs puisque nous avons tout au moins reconnu le diastasis de l'articulation radio-cubitale inférieure. Mais ce n'est pas le plus ou

moins de simplicité de la luxation qui était en question ; c'était le fait de la luxation elle-même et l'absence de toute fracture de l'extrémité inférieure du radius. Nous espérons que la Société de chirurgie pensera que les conditions particulièrement favorables, fournies par le traumatisme si récent et par l'examen sous le chloroforme, jointes à l'ensemble des renseignements énumérés, sont de nature à faire accepter le diagnostic que nous croyons pouvoir défendre.

Opération d'ablation d'un polype naso-pharyngien.

M. VERNEUIL communique, au nom de M. Louis Thomas, de Tours, une observation de polype naso-pharyngien, récemment opéré par lui.

Pour endormir le malade, M. Thomas a mis en pratique le précepte préconisé dernièrement devant l'Académie de Médecine, par M. Verneuil, et qui consiste à faire préalablement le tamponnement de la fosse nasale.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Guérin, Labbé et Verneuil.

PRÉSENTATION DE MALADE ET DE PIÈCE.

Fibrome calcifié du sinus maxillaire gauche simulant une exostose nécrosée. — Ablation du maxillaire. — Guérison.

M. DEMARQUAY présente une tumeur singulière, développée dans le sinus maxillaire dont elle a peu à peu distendu la cavité, en amincissant ses parois.

Cette tumeur est formée de deux parties : l'une extérieure, de nature fibreuse ; l'autre centrale, d'apparence osseuse, constituée par une série de séquestres libres dans une cavité, dont la couche fibreuse forme les parois. Ces productions calcaires sont mortifiées, grisâtres, inégales et très-friables ; elles exhalent l'odeur des os nécrosés. Elles sont en assez grand nombre, pressées les unes contre les autres ; il en existe cependant une plus volumineuse, longue de 3 centimètres et demi, dont le poids égale 10 grammes, et la densité 1,609.

L'examen microscopique, pratiqué par M. Bouchard, y a démontré l'absence d'ostéoplastes. L'analyse chimique faite par MM. Naquet et Lamouroux a montré que cette concrétion était formée de carbonate de chaux, de phosphate de chaux et de magnésie, et enfin d'une substance organique peu abondante, ne rappelant nullement, par ses propriétés, la trame organique des os. Les sels ne sont non plus nul-

lement dans le rapport qu'ils présentent dans le tissu osseux. En effet, la proportion du phosphate au carbonate y est comme 10 est à 1, tandis que dans les os elle est comme 7 est à 1.

La couche la plus extérieure de la tumeur, qui paraît former la lésion principale et dont la partie centrale doit représenter le dernier terme de développement, est dure, fibreuse, d'un blanc grisâtre et à peine adhérente à la lame osseuse qui l'entoure.

L'examen microscopique a montré qu'elle était formée de tissu fibreux contenant, entre ses mailles, des grains calcaires de même nature que la concrétion centrale. Cette couche est loin de présenter partout la même épaisseur. Réduite à quelques millimètres en bas et en dehors, elle s'épaissit considérablement en haut et surtout en dedans, où elle envoie un prolongement qui a rejeté le nez à droite et détruit l'odorat. Excepté au niveau de l'ouverture du sinus qui est conservée, cette masse fibreuse est partout recouverte d'une mince lame de tissu osseux qui, en certains points, ne dépasse pas l'épaisseur d'une feuille de papier.

Cette tumeur a été enlevée sur un homme de trente-trois ans, chez qui elle avait mis dix-huit années à se développer. Malgré son volume considérable, elle n'avait entraîné aucun désordre grave dans l'état général, et elle était restée à peu près indolente. On n'y percevait aucune crépitation. Sur la joue et dans la bouche, il existait plusieurs trajets fistuleux conduisant dans la cavité centrale où étaient contenus les séquestres, et, en introduisant un stylet, on sentait manifestement une surface dure et mobile.

Après l'ablation du maxillaire, le malade a parfaitement guéri, et aujourd'hui grâce à un obturateur, il parle avec facilité.

Cette tumeur a été considérée, par M. Ranvier, comme un fibrôme calcifié dont la partie centrale s'est nécrosée par l'exagération de l'élément calcaire sur la partie organique.

M. Bouchard croit plutôt à une altération spéciale non encore décrite de la fibro-muqueuse des tissus, dont les éléments auraient subi une hypergénèse considérable, en même temps que l'incrustation calcaire.

(Pour plus amples détails, consulter la *Gazette médicale* du 30 mai.)

— A cinq heures un quart la Société se forme en comité secret.
La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, D^r LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 27 MAI 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine.

— *L'Union médicale de la Provence.*

— *Le Bulletin de la Société des Sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg.*

— *Le Bulletin de la Société de médecine de Besançon.*

— Observation de *polype lipomateux de la cuisse*, par le docteur O. Max van Mons.

— *Sur le diagnostic différentiel de la Cyphose*, par le docteur H. W. Berend.

— *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.* 3^e série, t. II, n^o 3.

— *Mémoires des concours et des savants étrangers, publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique.* 4^e fascicule du tome VI.

— *Des nouveaux procédés opératoires de la cataracte, parallèle et critique*, par L. Wecker.

— Une lettre de M. le Ministre de l'Instruction publique, annonçant à la Société qu'il lui a alloué, à titre d'encouragement, une somme de 600 francs.

M. le Président annonce la mort de M. le docteur Loir, membre correspondant.

— A propos du procès-verbal :

Conservation du tubercule osseux médian dans le cas de bec-de-lièvre compliqué.

M. Broca. Je vois avec plaisir que le dissentiment n'est pas aussi grand que je le croyais entre mes collègues et moi, relativement à la conservation du tubercule osseux médian dans le cas de bec-de-lièvre compliqué.

Lors de notre première discussion, j'avais parlé non pas d'un cas particulier, mais au point de vue général. Or, les collègues qui ont réclamé dans la dernière séance n'avaient pas pris la parole ce jour là. Quant à MM. Giraldès et Demarquay, ils paraissaient vouloir rejeter en principe la conservation du tubercule osseux.

J'ai reçu une lettre de M. le docteur Ribell, de Toulouse, m'annonçant qu'il venait de faire, il y a huit jours environ, l'application de la suture osseuse à un cas analogue au mien. Son malade va bien, mais cette observation n'aura de valeur que dans quelques mois, lorsqu'on aura la preuve que la soudure osseuse est bien réelle.

DISCUSSION.

Luxation du poignet.

M. BOINET. M. Guyon, dans la dernière séance, a rappelé un cas de luxation en avant du poignet que j'avais autrefois montré à M. Nélaton et dont celui-ci avait parlé dans son livre de pathologie. Ce fait a été présenté à l'Académie par M. Gerdy. J'avais trouvé cette luxation, à l'amphithéâtre, sur le cadavre d'une vieille femme. Le poignet était tellement déformé, que le carpe faisait saillie en avant et les os de l'avant-bras sur le dos de la main. Je disséquai la région, et je trouvai dans cette articulation, dont les mouvements étaient parfaits, du côté de l'apophyse styloïde du radius, une lésion ancienne qui paraissait être la trace d'une fracture. Ainsi, dans ce cas, il y avait eu une lésion des os et non une luxation pure.

Sur le cadavre, j'ai essayé de produire des luxations du poignet; dans tous les cas, le déplacement était accompagné de fractures des os voisins.

Je crois que les luxations pures sont tout à fait rares, sinon impossibles. Les faits dans lesquels l'autopsie a été pratiquée font défaut.

M. DESORMEAUX. Autrefois, j'étais de l'avis de M. Boinet; mais il y a trois ans, j'ai observé un cas de luxation en arrière, qui n'a pas laissé de doute dans mon esprit, quoique je n'aie pas pratiqué l'autopsie.

Dans ce cas, j'ai diagnostiqué une luxation, parce que le carpe faisait en arrière une saillie, située plus bas que celle qui existe dans la fracture du radius. De plus, les apophyses styloïdes du radius et du cubitus faisaient saillie en avant. La saillie du carpe, en arrière, était masquée par le faisceau des tendons extenseurs, mais en repoussant ceux-ci sur la ligne médiane, on pouvait sentir les saillies laté-

rales du carpe. En avant, se trouvait le faisceau des tendons fléchisseurs; en le refoulant sur la ligne médiane, on trouvait facilement les saillies des apophyses styloïdes.

La réduction a été faite sans difficulté. Pour réduire, j'ai exercé une traction, la main étant dans une légère flexion; puis j'ai redressé celle-ci lorsque les surfaces articulaires ont été rentrées dans leur cavité. On ne put alors faire mouvoir les fragments, comme cela se passe après la réduction d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Le plâtre que nous a présenté M. Guyon m'a fait croire bien plutôt à l'existence d'une fracture du radius qu'à celle d'une luxation en arrière du carpe.

M. LARREY. Les luxations pures du poignet existent bien réellement, et l'on peut rappeler le fait de M. Padiou, dans lequel la lésion fut vérifiée par l'autopsie. Il n'existait aucune fracture. En 1851, M. Paret, médecin militaire, a soutenu sur ce sujet une bonne thèse, dans laquelle sont reproduits les principaux faits connus.

M. GUYON. J'ai dit que je présentais un moule de luxation en arrière du poignet, sans fracture de l'extrémité inférieure du radius; mais je n'ai pas entendu parler de la fracture des rebords articulaires.

M. MARC SÉE. Je ne voudrais pas que le fait présenté par M. Guyon prît rang dans la science sans contestation.

M. Guyon a dit que, dans la fracture du radius, il y avait toujours déjettement en dehors du fragment inférieur et de la main. Ce signe est, en effet, donné par les auteurs, mais cela n'est pas toujours exact. Souvent il existe seulement une inclinaison du fragment inférieur en arrière, d'où la nécessité de reconnaître deux variétés de ces fractures; fracture avec inclinaison en arrière et en dehors; fracture avec inclinaison en arrière seulement. J'ai pu constater l'existence de ces deux variétés chez un couvreur qui avait fait une chute d'un lieu élevé sur les deux poignets. Du côté où il y avait une simple inclinaison en arrière, la déformation était en tout semblable à celle que nous observons sur le moule que nous a présenté M. Guyon.

M. CHASSAIGNAC. Au point où en est cette question, on ne peut avoir une solution satisfaisante que les pièces anatomiques en main. Mais nous ne devons pas oublier que si la luxation du poignet était admise trop facilement autrefois, il s'est produit sur ce point une réaction que l'on pourrait regarder comme exagérée depuis que Dupuytren a formulé l'opinion de l'existence presque constante de la fracture, à la suite des traumatismes de ce genre.

M. GUYON. J'ai fait voir qu'il y avait une déformation énorme en arrière, et je crois que lorsque ce déplacement est aussi marqué, il existe une déviation en dehors, dans le cas de fracture.

La réduction a été opérée, et le déplacement ne s'est pas reproduit. Le membre, douze jours après la réduction, est bien conformé.

M. LABBÉ. Je ne saurais accorder, comme le fait M. Desormeaux, une importance bien grande, pour établir le diagnostic différentiel entre la fracture et la luxation, à la facilité plus ou moins grande que l'on aurait à faire encore mouvoir les fragments, lorsque la réduction a été opérée. Ce signe peut avoir une valeur assez grande, quand il s'agit de comparer une luxation du coude à une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, mais il est bien moins important dans le cas actuel.

M. DESORMEAUX. Je ne suis pas complètement d'accord avec M. Labbé. Je n'ai, en tout cas, indiqué la possibilité de reproduire le déplacement que comme un signe secondaire. Ce qui m'a paru le plus important, c'est d'avoir pu mettre mon doigt dans les cavités articulaires du radius et du cubitus. Voilà le signe qui m'a paru pathognomonique.

COMMUNICATION.

Corps fibreux de la matrice expulsé après le travail de l'accouchement.

M. DEPAUL, au nom de M. le docteur Faliu, fait la communication suivante :

M. le docteur Faliu fut appelé à donner des soins à une dame, âgée de 30 ans, habitant la rue Saint-Honoré. Cette personne était habituellement bien réglée; quoique un peu lymphatique, elle jouissait d'une assez bonne santé.

Cette dame a déjà eu trois grossesses et est accouchée à terme. Les grossesses ont été pénibles; il existait, pendant leur durée, des varices très-développées.

Les dernières règles sont venues du 10 au 15 juillet 1867. Trois mois avant ce quatrième accouchement, on a observé de l'anasarque et de l'ascite, lesquels ont disparu, un mois avant l'accouchement, à la suite d'évacuations d'urine extraordinairement abondantes.

Le 15 avril 1867, cette dame fut prise de quelques douleurs et perdit des glaires.

Le 16, à onze heures du soir, le véritable travail commença; les membranes étaient intactes, elles furent rompues. Quelques instants

après, cette dame accoucha spontanément d'une fille peu volumineuse, mais bien portante.

La délivrance fut facile, et lorsqu'elle fut terminée, M. Faliu introduisit la main dans l'utérus pour extraire des caillots ; il trouva alors un corps dur, lisse, glissant, qu'il ne put saisir.

L'absence de tout accident engagea à temporiser.

Les jours suivants, la malade éprouva quelques malaises et expulsa quelques petits caillots. Le toucher fut pratiqué tous les jours, et on constata que le col reprenait sa forme habituelle.

Les lochies étaient fétides ; il existait un peu de douleur dans la fosse iliaque droite. Pouls à 80.

Le 20 avril, quatre jours après l'accouchement, sans qu'il y eût eu de douleur vive ni d'hémorrhagie, une tumeur volumineuse fut expulsée.

Cette tumeur était complètement sessile et entière ; elle était entourée d'une couche mince de tissu cellulaire, lâche, plus dense dans quelques endroits. Quelques sillons, sans direction régulière, creusaient sa surface.

Cette tumeur, grosse comme le poing, était rougeâtre, un peu aplatie sur ses deux plus grandes faces, plus longue que large. Les deux extrémités sont légèrement arrondies et inégales entre elles : ce serait donc par la forme une espèce de cône tronqué et aplati.

La surface en est lisse et la masse lourde, dure et élastique. Une incision pratiquée sur la tumeur, laissa écouler une petite quantité de liquide transparent, d'un rouge clair et sans onctuosité appréciable.

La tumeur a été présentée à M. Depaul, un certain temps après son expulsion, alors que ses caractères extérieurs étaient déjà notablement modifiés.

M. Depaul se demanda s'il ne s'agissait pas là d'un cas de monstruosité fœtale. En effet, quelques-uns de ces produits sont tellement modifiés, qu'avec Geoffroy Saint-Hilaire on peut résumer ainsi leur organisation : « un sac de peau renfermant très-peu de choses ; quelquefois un peu de cartilage, etc. » Ce sont des monstres qui ont été décrits sous le nom d'*Anidiens*. Dans le cas actuel il n'y avait pas de poils sur la tumeur, pas de cordon ; on ne trouvait, à l'intérieur, ni tissu osseux, ni tissu cartilagineux ; je pensai qu'il n'y avait que l'examen microscopique qui pût trancher la question. Cet examen a été fait par M. Robin, qui a rédigé la note suivante :

« Le produit morbide que m'a fait remettre M. le professeur Depaul, est un corps fibreux type, multilobulé, composé en grande partie de fibres musculaires de la vie végétative, avec cloisons de tissu lami-

neux entre chaque lobe. Avec les fibres musculaires se trouvent associées, comme à l'ordinaire, dans chaque lobe, des fibres de tissu cellulaire ou lamineux, et une certaine quantité de matière amorphe. Ce produit est donc d'origine utérine et non d'origine fœtale. »

M. Robin a reconnu qu'il s'agissait d'un corps fibreux, et s'est trouvé ainsi d'accord avec M. le docteur Faliu, qui avait, dès le début, émis cette opinion.

Cependant, dans ce cas, il y a quelques raisons d'y regarder de près, car les monstruosités du genre de celles dont je parlais sont connues depuis peu de temps. On les observe surtout dans la race bovine.

J'en ai observé un chez la femme. La tumeur était recouverte de peau et de quelques poils. Il existait une sorte d'ombilic, et, dans son intérieur, on trouva quelques fragments osseux et cartilagineux.

Je ferai remarquer que ces faits de corps fibreux, faisant saillie dans la matrice, ne sont pas excessivement rares ; seulement, dans le plus grand nombre de cas, ils sont placés de telle façon qu'ils y restent.

Ici, au contraire, il s'est passé un phénomène très-facile à comprendre ! Ce corps fibreux, développé dans la paroi de la matrice, a pris de l'accroissement pendant la grossesse, et il s'est éliminé tout seul, ou plus probablement son élimination a été favorisée par les manœuvres que notre confrère a pratiquées dans le but de le saisir et de l'extraire.

Je rappellerai les observations relatives à des faits de cette nature, et appartenant au docteur Oldham (1844, *Guys Hospital, Reports* et *Journal de Chirurgie*, 1844) ; à MM. Moore et Ramsbotham (dans ce cas il s'agissait d'une femme de 30 ans, accouchée depuis trois semaines) ; à M. Crisp, à M. Guyot, à M. Churchill, à M. Radford. Je rappellerai, enfin, le fait consigné par M. Danyau, dans *Journal de Chirurgie* de 1846. Il s'agissait d'un corps fibreux, inséré sur le col ; sept heures après l'accouchement, M. Danyau en fit la section et la malade guérit.

Dans un cas observé par M. Merrimann, le polype fut lié pendant la grossesse, la guérison eut lieu et l'accouchement se fit un mois après.

M. TARNIER. Ainsi que vient de le dire M. Depaul, ces faits là ne sont pas très-rares. Plusieurs exemples sont relatés dans les ouvrages classiques, et notre collègue, M. Guyon, dans sa thèse d'agrégation, leur a consacré quelques pages.

J'ai observé deux cas semblables à celui dont M. Depaul vient de nous entretenir. Dans l'un des cas, on m'appela pour une hémorrha-

gie et je constatai la présence de plusieurs corps fibreux. Je ne cherchai pas à les énucléer, et quatre ou cinq jours plus tard, le médecin de la malade me fit savoir que deux de ces tumeurs avaient été expulsées.

Chez une autre femme, j'observai une tumeur fibreuse très-grosse, qui pouvait faire craindre pour la régularité de l'accouchement. Quelques jours après l'accouchement la tumeur fibreuse fut rendue spontanément.

Ces tumeurs peuvent donner lieu à des résultats fâcheux. Elles peuvent produire des hémorrhagies, si le placenta est inséré à leur voisinage, parce qu'elles empêchent l'utérus de se rétracter convenablement. J'ai eu un cas de mort par hémorrhagie, dans ces conditions.

Pour corroborer l'opinion de M. Depaul, je dirai que j'ai eu aussi l'occasion d'observer un anide à la suite d'une grossesse gémellaire. Celui-ci pendait par un petit cordon au placenta.

M. TRÉLAT. J'ai observé un fait qui a quelque analogie avec ceux dont nous a entretenu M. Depaul.

Chez une femme, il existait un corps fibreux qui avait été constaté pendant la grossesse et pendant l'accouchement. L'accouchement fut facile et la malade sortit guérie de l'hôpital.

Quinze jours après sa sortie, elle rentrait, et à travers le col qui s'était réouvert on sentait le corps fibreux allongé, ramolli. J'avais l'intention d'opérer, mais le corps fibreux se détacha spontanément, et trois jours après sa chute le col était complètement rétracté.

M. GUÉNIOU. Dans l'une des prochaines séances, je relaterai ici un cas analogue, pour lequel l'opération césarienne était décidée, et cependant l'accouchement s'est terminé facilement.

Je ne crois pas que les corps fibreux se ramollissent autant qu'on l'a dit, pendant la grossesse. Les corps fibreux sous-péritoneaux diminuent très-rarement de consistance sous l'influence de la grossesse, de même que ceux qui étant inclus dans le tissu utérin s'en trouvent cependant isolés par une sorte de bourse séreuse.

Les seuls corps fibreux qui se ramollissent alors sont ceux qui font saillie dans la cavité utérine.

M. DEPAUL. Je crois qu'au point de vue des accouchements, il faut établir des distinctions entre les corps fibreux. Ceux qui sont isolés du tissu utérin ne se ramollissent pas comme ceux qui sont dans l'épaisseur de ce tissu.

La tumeur que j'ai présentée ici était sans nul doute séparée de la face interne de la matrice par une couche très-mince de tissu utérin. Les manœuvres faites par notre confrère auront facilité la division de

cette couche protectrice et facilité son énucléation ultérieure. La matrice, en se rétractant, a une tendance à faire éclater la couche peu épaisse qui recouvre la tumeur.

Quelquefois on observe des tumeurs pédiculées du côté de la cavité utérine, mais tel n'était pas le cas chez notre malade.

Le ramollissement des tumeurs fibreuses peut être observé, mais il n'existe pas toujours, et dans un cas j'ai été obligé de pratiquer l'opération césarienne, par suite de la présence d'une tumeur fibreuse très-dure.

M. TARNIER. Il est certain qu'il y a des tumeurs fibreuses qui ne se ramollissent pas, mais d'autres se ramollissent de manière à simuler l'existence d'un corps liquide. Dans un cas de ce genre, un médecin croyait à l'existence d'un kyste, tellement le corps fibreux était ramolli.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Enchondrome pur de la parotide.

M. GUYON. La nommée X..., âgée de 17 ans et demi, est entrée à l'hôpital des Cliniques le 8 mai 1868. Cette jeune fille porte à la région postérieure de la face, du côté gauche, une tumeur du volume du poing. Elle avait 10 ans quand elle s'aperçut qu'elle avait derrière l'oreille une petite tumeur de la grosseur d'un pois, dure, et qu'elle pouvait presser sans déterminer aucune douleur. Pendant les quatre ans qui suivirent, elle se développa assez rapidement pour atteindre, à peu de chose près, le volume qu'elle nous présente aujourd'hui. A 14 ans cette jeune fille fut réglée. Dans l'année qui suivit l'apparition des règles, la tumeur qui, jusque-là, n'avait pas été douloureuse, devint, à intervalles assez éloignés, le siège d'élançements qui se faisaient surtout sentir au moment des époques. Aujourd'hui la tumeur mesure 24 centimètres de circonférence. Elle est assez arrondie, ou plutôt un peu ovale, à petite extrémité tournée en haut. Son diamètre transversal est de 13 centimètres. Son diamètre antéro-postérieur est de 12 centimètres en bas, tandis qu'à la partie supérieure il n'atteint que 10 centimètres. Elle est assez régulièrement limitée en avant par le bord antérieur du masséter, en arrière par le bord postérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien. En haut elle soulève le lobule du pavillon de l'oreille et s'arrête au niveau de la paroi inférieure du conduit auditif externe; en bas, elle dépasse de trois centimètres l'os maxillaire inférieur. La tumeur est dure, bosselée, surtout à la partie postérieure et inférieure. Elle ne présente de fluctuation dans aucun point de son

étendue. La peau qui la recouvre n'offre pas de changement de coloration, elle est mobile, non amincie, si ce n'est au niveau des bosselures, où elle est un peu rouge et luisante. On peut imprimer à la tumeur des mouvements assez étendus et en tous sens. Si l'on fait ouvrir la bouche à la malade, on voit une saillie assez considérable qui soulève les piliers du voile du palais. Si l'on abaisse la langue et qu'on tire la tumeur en dehors, on voit que les piliers du voile du palais sont entraînés.

On sent très-bien les battements de la temporale au-dessus de la tumeur. On ne retrouve pas l'artère faciale en avant, mais on la retrouve facilement en bas. La veine jugulaire externe répond à sa partie supérieure et inférieure. Aucun phénomène n'indique la compression du nerf facial. Il n'y a pas de déviation de la bouche quand on fait souffler la malade. Si, au moyen de l'électricité, on cherche à déterminer si le facial occupe la superficie de la tumeur, on obtient un résultat négatif. Le muscle sterno-mastoidien est mobile sous elle. Aucun trouble dans l'œil gauche, aucune altération de la voix. L'audition s'opère normalement, c'est à peine si la malade a quelquefois des bourdonnements d'oreille.

Le 25 mai on pratiqua l'ablation de la tumeur. La malade est chloroformée. Une incision partant de l'apophyse zygomatique en avant est conduite à deux centimètres au-dessous du lobule. Une seconde incision est faite du bord inférieur de l'apophyse mastoïde à l'extrémité de la première ; de leur point de réunion on abaisse une incision verticale jusqu'au dessous des limites inférieures de la tumeur. Tous les tissus qui recouvrent celle-ci sont divisés de façon à disséquer sur la tumeur elle-même. Aucun vaisseau important n'est lésé. On n'a à faire que deux ligatures sur des artérioles situées au-dessous du lobule. La tumeur se laisse facilement énucléer par la spatule et le manche du bistouri. Elle ne présentait avec les parties environnantes que des adhérences celluleuses très-lâches.

On réunit la partie supérieure de l'incision par plusieurs points de suture. On a laissé environ deux centimètres non réunis à la partie inférieure.

Dans la journée aucune hémorrhagie n'a eu lieu. Le soir, la malade avait de la fièvre. Le thermomètre placé sous l'aisselle marquait 38°,8. Le pouls était à 120.

Pendant les jours suivants, l'état fébrile persiste. La suppuration de la plaie est de bonne nature. On renouvelle chaque soir et chaque matin le pansement avec le linge cératé. La température reste jusqu'au 29 à 38°,4 le soir. Le 29, on enlève les fils, que l'on retire secs, et

sans qu'ils aient déterminé autour d'eux de suppuration. Le 30 mai, on s'aperçoit, en faisant le pansement du matin, que les bords de l'incision sont, à la partie inférieure, au niveau où l'on n'avait pas fait de suture, un peu grisâtres. On abandonne le pansement du linge cératé et on le remplace par la charpie imbibée d'alcool. L'état fébrile va du reste en diminuant. Le thermomètre ne marque plus le soir que 38° et le pouls ne s'élève pas au-delà de 104 pulsations.

Le 31. La malade souffre un peu au niveau de la plaie et dans l'épaule du côté malade. L'enduit grisâtre qui recouvrait les bords de l'incision a disparu et a laissé une surface saignant assez facilement. On substitue à l'alcool un cataplasme recouvert de taffetas gommé. La température, qui les matins précédents ne s'élevait pas au-dessus de 37°,6, est ce matin de 38°,4, et le pouls donne 112 pulsations.

Le soir, les douleurs ont disparu. L'état fébrile s'est apaisé, et le thermomètre ne monte plus qu'à 37°,3.

Pendant les jours qui suivent, la malade continue à aller de mieux en mieux, la température suit une marche décroissante, la plaie fournit une suppuration peu abondante et de bonne nature. Et *aujourd'hui*, 3 juin, le thermomètre ne marque que 37° et le pouls ne donne que 88 pulsations. La plaie est en bonne voie de cicatrisation. Les fils à ligature ne sont pas encore tombés.

Examen de la tumeur. — La tumeur se présente sous la forme d'un gros tubercule sphéroïde, mesurant dans son grand diamètre 7 centimètres, et dans sa largeur la plus grande, 6 cent. 5, et en épaisseur, 5 cent. A la surface, qui est lisse et résistante, se voient des saillies arrondies hémisphériques, d'un volume variable entre celui d'un pois et d'une grosse noisette. Ces saillies proéminent sous forme de demi-sphères et déterminent la forme sphéroïdale de la tumeur.

Elles correspondent aux saillies senties sous la peau et sont peu prononcées, aplaties même vers les faces profondes de la tumeur.

La face externe de la tumeur est lisse, nettement circonscrite, et se présente comme une sorte de coque résistante et dure comme du cartilage, et en bien des points comme du tissu osseux.

On ne trouve pas à la surface de tractus de tissu cellulaire bien appréciable; à peine en quelques points pourrait-on séparer de fines lames de ce tissu restées adhérentes à la surface.

La tumeur est résistante à la coupe, surtout lorsqu'on incise la périphérie. Une coupe longitudinale montre l'aspect général de cette tumeur. On voit deux surfaces qui, par leur translucidité, leur coloration bleuâtre, à reflets grisâtres, rappellent l'aspect de la porcelaine fine. En quelques points, à la périphérie, la tumeur est légèrement

rosée. Enfin, à un examen plus minutieux, il semble que la tumeur soit composée par une série de petites tumeurs dont la coupe apparaît sur la coupe générale comme des cercles finement tracés et qui semblent un peu plus mats que les parties voisines. Il n'y a pas d'écoulement de suc ; mais à la pression on peut faire suinter quelques gouttes d'un liquide transparent, un peu visqueux. A la palpation, à la pression, la tumeur présente une dureté, une résistance cartilagineuse ; elle est élastique, se laisse très-difficilement déprimer et présente une dureté plus prononcée dans les points durs périphériques.

Ajoutons que chaque moitié de la tumeur est translucide et laisse passer la lumière ; sur deux ou trois des bosselures, la consistance est moindre et plutôt fibro-cartilagineuse, et même mollassse, en même temps qu'à la section, il s'écoule un liquide visqueux et colloïde.

Sur des coupes plus fines on retrouve les caractères de translucidité, d'élasticité, de résistance qui, à l'œil, me permettaient de considérer la tumeur comme un enchondrôme vrai.

L'examen au microscope a montré des variations dans la composition de la tumeur, suivant les parties considérées. Dans le centre, on retrouve, dans un grand nombre de points, la structure d'un cartilage vrai, c'est-à-dire substance fondamentale présentant de la translucidité, résistante à la pression, finement granulée en certains points, légèrement striée en d'autres, et entourant un grand nombre de chondroplastes. Ces chondroplastes rappellent surtout par leur forme et leur disposition les chondroplastes de la périphérie des cartilages articulaires chez les fœtus à terme, c'est-à-dire qu'ils sont en général allongés ou triangulaires, ou en forme de marteau, renfermant une cellule de cartilage, quelquefois deux, rarement trois, souvent avec un noyau, souvent renfermant des granulations graisseuses. On trouve en outre une grande quantité de chondroplastes tout à fait analogues à ceux des cartilages articulaires vrais, c'est-à-dire arrondis ou ovoïdes, renfermant deux, trois et même quatre cellules de cartilages à noyau, ou avec granulations. Ces éléments du cartilage se rencontrent dans les diverses parties de la tumeur ; mais avec eux on trouve à la périphérie de ces masses arrondies et difficiles à distinguer les unes des autres qui constituent la tumeur, des éléments un peu différents. En effet, à la périphérie de ces flots, la substance fondamentale restant hyaline, élastique, les chondroplastes sont plus allongés et présentent des espaces anastomosés, étoilés, renfermant une ou plusieurs cellules, et qui représentent une des périodes d'évolution des chondroplastes, telles qu'on en observe dans les fibro-cartilages inter-articulaires, ou plutôt dans les cartilages de certains poissons ; et enfin, dans

les parties les plus périphériques, la substance fondamentale elle-même prend un aspect strié; mais là encore, à côté de cavités étoilées anastomosées, on retrouve des chondroplastcs véritables.

Les portions dures de la périphérie montrent de fines lamelles osseuses dans lesquelles on voit nettement une grande quantité d'ostéoplastes.

En résumé, l'abondance de tissu cartilagineux vrai, à côté de tissu cartilagineux en voie de formation, l'enveloppe lisse, la forme et la délimitation nette de la tumeur permettent de la considérer comme un enchondrôme vrai, bien que dans certaines parties on ne retrouve que du tissu se rapprochant des fibro cartilages inter-articulaires.

Une portion du tissu, qui a été incisée avant d'arriver sur la tumeur et qui adhérait à l'enveloppe fibreuse, au milieu de laquelle la tumeur était comme encapsulée, a été examinée au microscope. Il a été facile d'y retrouver les acini de la parotide, mais un grand nombre d'entre eux étaient atrophiés, comprimés et remplis de granulations graisseuses, ou même comblés par une grosse gouttelette de graisse fluide. Dans un certain nombre d'acini on retrouvait nettement l'épithélium polygonal, à angles arrondis à la périphérie, et sphérique vers le centre des acini, à peu près comme on le trouve à l'état normal. L'enchondrôme s'était donc développé dans la parotide même.

PRÉSENTATION DE PIÈCES DE PANSEMENT.

M. DEMARQUAY présente de la part d'un industriel de Roubaix des échantillons de tissus de charpie.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire, Dr LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 3 JUIN 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— *Le Bulletin de thérapeutique.* — *Les Archives générales de médecine*, numéro de juin.

— *La Gazette médicale de Strasbourg.* — *Le Sud médical.*

— *A report on Amputations of the Hip-Joint in military surgery.* Circular n° 7. — Envoyé par M. Barnes, chirurgien général de l'armée américaine. — Avec de nombreuses figures et planches.

— *De l'asthénopie*, par le docteur A.-L. Roulet.

— M. le doyen de la Faculté de Strasbourg adresse à la Société les *Thèses qui ont été passées devant cette Faculté, de mars à décembre 1867.* Avec deux tables chronologiques.

— Une lettre de M. Paulet, qui se porte candidat à la place de membre titulaire vacante dans la Société.

DISCUSSION.

Luxations du poignet.

— M. MARJOLIN. Je n'aurais pas pris la parole dans cette discussion sans l'appel, en quelque sorte direct, qui m'a été fait par notre collègue M. Guyon, attendu que je suis d'avance bien convaincu que, malgré des faits bien observés, beaucoup de chirurgiens ne veulent pas admettre qu'il puisse y avoir de luxation du poignet sans fracture.

En cela, ils vont bien plus loin que Dupuytren, qui, au lieu de nier cette possibilité, s'était borné à insister sur la fréquence des erreurs de diagnostic et à dire qu'il n'en avait jamais observé, et que tous ces prétendus faits de luxation du poignet qui lui avaient été présentés n'étaient autres que des fractures de l'extrémité inférieure du radius.

Maintenant, dire que, pour être certain de l'existence d'une véritable luxation du poignet, il faille l'autopsie, et ne tenir compte de cette preuve qu'à la condition que les tissus n'aient pas été modifiés par la suppuration, c'est, je crois, se montrer par trop exigeant.

Je ne tiens pas, du reste, à changer des convictions qui, un jour ou l'autre, peuvent être modifiées par un fait sans réplique; je crois seulement que ces luxations du poignet sans fracture sont possibles, mais qu'elles sont d'une excessive rareté.

Quant aux faits que j'ai observés, les voici; il y en a quatre : deux avec autopsie, le premier sans fracture, le second compliqué de fracture; les deux autres, de date plus récente, et dont, fort heureusement pour ces malades, le diagnostic n'est pas entouré de toutes les preuves exigées, c'est-à-dire l'autopsie, m'ont paru sans fracture.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un garçon de bains qui, dans une chute, avait eu le poignet meurtri par la roue de sa voiture. Ici donc, il pouvait y avoir deux causes réunies : la chute et la contusion directe. La luxation avait été bien reconnue par MM. Laugier et mon père, et facilement réduite. A la suite de cet accident, il survint un phlegmon de la main et de l'avant-bras; le malade mourut, et à l'autopsie, on trouva, à la vérité, une altération des ligaments, augmentée par la suppuration, mais les os de l'avant-bras étaient intacts.

Dans le second cas, où il y a eu autopsie, il y avait, outre la luxation en avant du poignet, une fracture de l'extrémité inférieure du radius. C'est en 1837 que j'eus occasion d'observer ce fait, étant interne chez M. Martin Solon : le malade était un homme âgé, qui avait été amené pour une congestion cérébrale, à laquelle il succomba. Son fils nous raconta que, plusieurs mois auparavant, il était tombé dans un escalier, et que tout le poids du corps avait porté sur les mains. Le traitement consécutif avait été à peu près nul, et le blessé avait continué à se servir tant bien que mal de sa main. Au premier examen, malgré la difformité excessive de la main et du poignet, il était facile de reconnaître tous les signes de la luxation du poignet en avant; mais à l'autopsie, il fut évident que, s'il existait une luxation, il existait aussi une fracture de la partie antérieure du radius, et que, tout au pourtour du fragment, il s'était produit des végétations osseuses, ce qui contribuait à augmenter la difformité du poignet.

Les deux autres cas que j'ai observés plus récemment n'ont pas eu, je le répète, la preuve exigée, c'est-à-dire l'autopsie; mais je crois qu'il n'y a pas eu de fracture.

Le premier des deux malades chez lequel j'ai observé la luxation était un jeune ouvrier peintre qui, en tombant d'une échelle, eut la main et l'avant-bras pris entre deux échelons; la luxation se réduisait facilement et se reproduisait de même; aussi, je dus traiter le malade comme s'il s'agissait d'une fracture : malheureusement, je ne pus pas faire mouler l'avant-bras.

Dans le dernier cas, dont je vous présente le moule, l'accident est arrivé chez un garçon de 12 ans et demi, assez grand, employé chez un apprêteur d'étoffes. En courant le matin sur le quai, son pied avait été pris dans un trou, et tout le poids du corps avait porté, dans la chute, sur la paume de la main droite.

L'accident était arrivé à sept heures du matin. A neuf heures, le blessé était amené à l'hôpital, et comme à ce moment il n'y avait pas encore de gonflement, on pouvait parfaitement sentir à la face dorsale et inférieure de l'avant-bras, la rangée des os du carpe, tandis que l'extrémité des os de l'avant-bras était très-saillante en avant, ce qui permettait de sentir très-nettement presque toute la surface articulaire du radius. A ce moment, les doigts étaient légèrement fléchis, et il n'y avait pas la moindre inclinaison latérale de la main sur le côté radial. On pouvait imprimer quelques mouvements de latéralité à la main ou d'avant en arrière; quant à l'extension des doigts, elle était difficile.

Avant la réduction, la mensuration donnait le résultat suivant : des deux côtés, du sommet de l'olécrâne à l'extrémité inférieure du cubitus, 0,22.

Du sommet de la convexité de la rangée des os du carpe à l'extrémité supérieure du radius du côté malade, 0,18; du côté sain, 0,21.

En l'absence de toute mobilité et de toute crépitation, tout du long du radius et du cubitus, et avec les différences de longueur signalées, je ne pouvais admettre que deux hypothèses : ou un arrachement épiphysaire, ou une luxation.

Pour ce qui est de l'arrachement des épiphyses, comme il est excessivement rare d'une part, et que, lorsque cette lésion existe, il y a, outre la crépitation causée par la séparation des parties osseuses, presque toujours des lésions graves des parties molles et difficulté de la réduction, comme dans les fractures par enclavement; j'abandonnai entièrement cette idée et j'adoptai celle d'une luxation du poignet en arrière.

Je prévois bien toutes les objections qui me seront faites à l'inspection de ce moule, qui ne put être fait que douze heures après l'accident, alors qu'il existait déjà un gonflement plus marqué que le matin; on me dira que c'est exactement la même configuration que dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius; je n'en disconviens pas, et je me contente de répondre que si chacun avait pu, au moment même de l'accident, se rendre compte de l'état des parties par un examen attentif, mon opinion aurait plus de partisans.

Les retards que me firent éprouver les mouleurs m'empêchèrent de

procéder de suite à la réduction : elle fut opérée le lendemain matin, vingt-quatre heures après l'accident, en présence des internes de l'hôpital. La réduction fut très-facile. Le bras et l'avant-bras étant fixés, il me suffit, pendant qu'un aide tirait sur la main, de repousser un peu en avant le carpe pendant que je relevais l'extrémité inférieure de l'os de l'avant-bras ; à ce moment, j'éprouvais non pas la sensation d'une crépitation de fracture, mais une sensation analogue à celle que l'on perçoit dans toute luxation réduite, avec cette différence qu'elle était moins forte.

Dès ce moment, non-seulement la déformation du poignet avait entièrement disparu, mais en recommençant les mêmes mensurations faites avant la réduction, je trouvai des deux côtés, à un demi-centimètre près, exactement la même mesure.

Afin de prévenir le retour de la luxation et d'immobiliser l'articulation dont les ligaments avaient dû être fortement distendus, je plaçai par-dessous le cataplasme froid qui entourait l'avant-bras une attelle, et je continuai ce pansement quelques jours pour éviter les accidents inflammatoires.

Maintenant, je n'ajouterai qu'un mot : je crois que, lors de la présentation du moule faite par M. Guyon, M. Sée a dit que, dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius, la main n'est pas habituellement inclinée du côté radial ; ce déplacement peut, à la vérité, ne pas se rencontrer toujours, mais il est si fréquent, que c'est pour y remédier que Dupuytren, Blandin et M. Laugier ont imaginé des attelles très-utiles pour combattre cette position vicieuse.

M. CHASSAIGNAC. Je mets sous vos yeux une pièce fort importante relativement à la question des luxations du poignet. Hier, on m'a amené un enfant chez lequel le radius et le cubitus avaient fait issue à travers la peau ; la réduction a été impossible, et j'ai dû pratiquer la résection des deux extrémités articulaires. Tout le monde croyait avec moi à l'existence d'une luxation, car l'on voyait les surfaces à nu. Lorsque j'ai examiné minutieusement la pièce anatomo-pathologique, j'ai trouvé le cartilage intact au niveau du cubitus ; mais au niveau du radius, il existait un décollement épiphysaire. Une couche très-mince de la surface inférieure du radius était restée accolée au carpe.

L'on voit, par cet exemple, combien il est difficile d'affirmer que l'on a sous les yeux une luxation pure du poignet.

M. FORGET. On peut considérer le fait très-curieux présenté par M. Chassaignac, comme un pas fait vers la démonstration de la réalité de la luxation.

La pièce de M. Chassaignac est une pièce à part, très-rare. En l'examinant, il ne me paraît pas difficile de comprendre l'existence de la véritable luxation. Entre celle-ci et le fait actuel, il n'y a que l'épaisseur d'un cartilage.

M. BORNET. Le fait de M. Langier rappelé par M. Marjolin ne doit pas être considéré comme un fait de luxation pure. Dans ce cas, en effet, il y avait des abcès dans le voisinage de l'articulation; les ligaments n'étaient pas intacts, ils étaient usés. Ce n'est pas là évidemment un fait probant.

Dans le deuxième fait rappelé par notre confrère, il existait des lésions osseuses. Quant au quatrième fait, celui dont on nous a mis le moule sous les yeux, il me paraît très-favorable au diagnostic d'une fracture des deux os de l'avant-bras. M. Guyon nous dit qu'une preuve évidente de la luxation réside dans la guérison rapide du malade. Ce malade serait sorti guéri au bout de dix jours. Eh bien! d'autres observateurs, Keisser, par exemple, virent au contraire la preuve de l'existence d'une luxation dans la persistance, après vingt jours et plus, d'une mobilité anormale.

Je me résume en disant que la démonstration des luxations pures du poignet ne me paraît pas encore donnée.

M. TRÉLAT. Le moule qui nous a été présenté par M. Marjolin témoigne de l'existence probable d'une fracture de l'extrémité inférieure du cubitus et, à coup sûr, de celle d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Au niveau de la partie antérieure de l'avant-bras, il existe une saillie correspondant assurément à une saillie du radius, mais non à son bord articulaire.

COMMUNICATION.

Observation de grenouillette aiguë. — M. GEORGES BOUCHARD, interne à l'hôpital Necker, communique une observation de grenouillette aiguë. (Commissaire : M. Forget).

PRÉSENTATION DE PIÈCE AVEC OBSERVATION.

M. PAULET, professeur agrégé au Val-de-Grâce, présente une pièce anatomique et remet une observation intitulée :

Exostose du corps et de la branche descendante du pubis. — Opération. — Guérison. — Mort accidentelle du malade trois ans et demi après l'opération. — Fracture incomplète du bassin et récurrence de l'exostose.

Commissaires : MM. de Saint-Germain, Dolbeau, Tillaux.

M. CHASSAIGNAC. M. Paulet a dit que l'on était resté dans l'incertitude pour savoir si la tumeur pénétrait dans le bassin. Le toucher par le rectum eût pu éclairer sur ce point.

M. PAULET. Le toucher par le rectum a été pratiqué et n'a pas donné de résultat positif.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. le docteur MARTIN, médecin-major, présente à la Société un instrument qu'il a fait construire chez M. Galante, fabricant d'instruments de chirurgie.

Avec cet instrument, il se propose de sectionner la luette rapidement, et avec une parfaite sécurité. Contrairement à ce qui a lieu dans l'amygdalotome, la lame agit d'avant en arrière, et la fourchette d'arrière en avant. Cette modification a pour effet d'éviter la propulsion de la luette vers le pharynx, comme cela arriverait si on faisait usage d'une fourchette agissant d'avant en arrière.

Cet instrument se compose :

1° De deux tiges d'acier accolées l'une à l'autre par un pivot, et terminées, à l'une de leurs extrémités, par une lunette de forme ovoïde, dans laquelle s'introduit l'ovule qu'on veut exciser;

2° D'une lame *b*, *a*, tranchant convexe agissant d'avant en arrière, au moyen de l'anneau *c*;

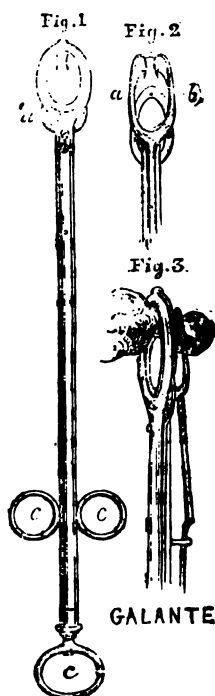
3° D'une fourchette à dents recourbées, avec laquelle on embroche l'ovule avant la section, en opérant une traction sur les anneaux *c*, *c*.

Cet instrument fonctionne de la même manière que l'amygdalotome, c'est-à-dire à l'aide d'une seule main; il est construit de telle façon, que la lame *b* ne peut agir que lorsque la fourchette a préalablement embroché l'ovule, afin d'empêcher celle-ci de tomber dans le larynx.

La fig. 1 représente l'instrument à l'état de repos.

La fig. 3 le représente fonctionnant.

Pour armer l'instrument, on introduit le pouce dans le grand



anneau *c*, l'annulaire et le médus dans les deux anneaux *c, c*, et par un mouvement du pouce en arrière, la lunette se trouve dégagée. La fourchette étant repoussée en avant, la lame en arrière, on porte l'instrument sur la luette, et par un mouvement en sens inverse, l'opération se trouve terminée.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire : Dr LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 10 JUIN 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine.

— *L'Art dentaire*. — *La Revue médicale de Toulouse*. — *Le Montpellier médical*.

— M. Bouvier, membre honoraire, adresse un exemplaire du travail qu'il a communiqué à l'Académie de médecine, sous ce titre : *De l'École de Santé et de Pinel*.

— M. le docteur J.-C. Loureiro envoie deux brochures : *Relation du congrès périodique international d'ophtalmologie tenu à Paris en 1867* (en portugais). — *Influence du tabac à fumer sur les maladies des yeux*.

— M. Guéniot présente, de la part de M. le docteur Cousin, un volume intitulé : *Études otologiques, Traitement des maladies de l'oreille*.

— M. Lefort dépose sur le bureau, au nom de M. Lejeal, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Valenciennes, un volume de *Mélanges de chirurgie*.

— M. le professeur Gross, du Collège médical de Jefferson à Philadelphie, adresse : *Memoir of Valentine Mott* (Notice sur la vie et les travaux de V. Mott). — *Quatre cas d'ankylose osseuse angulaire du genou traités par la perforation intra-articulaire sous-cutanée et la rupture*.

COMMUNICATION.

Des corps fibreux et des polypes de l'utérus considérés pendant la grossesse et après l'accouchement.

M. FOUCHÉ lit le travail suivant :

La communication qui a été faite dans notre avant-dernière séance par M. Depaul, d'une observation de M. le docteur Faliu qui met en évidence la coexistence d'une grossesse arrivée à terme et d'un corps fibreux spontanément expulsé quatre jours après l'accouchement, cette communication soulève un point de chirurgie obstétricale auquel se rattachent en pratique des questions importantes d'une solution souvent difficile.

C'est à ce titre que le sujet dont il s'agit m'a paru mériter de fixer quelques instants votre attention. Mais tout d'abord, pour expliquer mon intervention en cette matière, je rappellerai que dès 1846, après avoir eu l'occasion, pendant mon prosectorat à la clinique du professeur Lisfranc, d'observer un très-grand nombre de fibromes de l'utérus, j'avais remarqué depuis longtemps qu'il existait une lacune dans l'histoire générale de ces tumeurs, presque exclusivement considérées par les auteurs dans les conditions physiologiques ordinaires de la matrice, c'est-à-dire dans l'état de vacuité de ce viscère.

J'avais dès lors pensé à ajouter à la pathologie utérine un chapitre nouveau qui comprit une vue d'ensemble des tumeurs fibreuses compliquant la grossesse, et dans ce but, j'ai publié, dans le numéro d'avril 1846 du *Bulletin général de thérapeutique* dont j'étais alors collaborateur, un travail qui a pour titre : *Recherches sur les corps fibreux et les polypes de l'utérus considérés pendant la grossesse et après l'accouchement.*

Je sais, Messieurs, avec quelle discrétion et quelle retenue il convient toujours de mettre en jeu sa personnalité et ses propres œuvres, et si je me suis décidé à prendre la parole dans le cas actuel, c'est parce que, à en juger par le silence de mes collègues à l'endroit de mon travail, il m'a semblé qu'ils ne le connaissaient pas; et parce que d'autre part, je crois, ne serait-ce qu'à titre de renseignement, qu'il peut être avantageusement consulté.

Quelles sont donc les questions que soulève la présence des productions fibreuses compliquant l'état de grossesse?... Tel est le problème qu'il m'a paru convenable de me poser tout d'abord.

Ces questions sont complexes : les unes relatives à l'influence réciproque de ces néoplasmes sur la grossesse, et de celle-ci sur ceux-là ;

les autres au rôle que ces fibromes peuvent jouer comme cause de dystocie au moment de l'accouchement, et d'accidents ultérieurs soit primitifs soit consécutifs ; enfin un troisième point qui s'y rattache intimement est relatif à la conduite que doit tenir le chirurgien, et à l'opportunité de son intervention immédiate ou tardive dans un semblable cas pathologique.

Pour répondre aux diverses questions de ce programme, il m'a paru nécessaire de se placer en présence des variétés anatomiques et des différences de forme, de volume et de nombre, avec lesquelles ces tumeurs se sont produites dans le champ de l'observation.

Or, l'expérience a démontré qu'on peut les rencontrer sous trois états distincts pendant la grossesse :

1° Enveloppées par le tissu utérin, enkystées pour ainsi dire dans son épaisseur, ces tumeurs constituent les corps fibreux interstitiels ;

2° En connexité avec l'utérus d'une façon médiate, au moyen du péritoine qui les revêt de toutes parts, et leur forme une sorte de pédicule membraneux à la surface de cet organe ; ces tumeurs, presque toujours indépendantes du tissu utérin sous cette forme particulière, peuvent être considérées comme une sorte de polypes sous-péritonéaux ;

3° En connexité immédiate et directe avec la matrice, par un pédicule de longueur variable, continu au tissu utérin lui-même ; le néoplasme n'est autre alors que le polype proprement dit.

Il convient encore d'ajouter que le fibrome peut être solitaire ou multiple ;

Qu'il occupe tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, le fond de l'utérus, tantôt un des points rapprochés de la zone cervico-utérine ;

Qu'enfin il peut être vaginal ou utéro-vaginal.

Je m'occuperai des corps fibreux.

Corps fibreux. — Lorsqu'un corps fibreux préexiste à la grossesse, l'effet le plus constant de celle-ci c'est d'en accroître la vitalité, d'en augmenter le volume, et d'en hâter le progrès ultérieur après l'accouchement. Voici deux exemples qui le prouvent.

OBSERVATIONS. — Une dame, chez laquelle j'avais constaté après plusieurs autres chirurgiens consultés par elle, la présence d'une tumeur volumineuse, arrondie, dure, accessible au toucher par le rectum, occupant la paroi postérieure de l'utérus, et considérée par tous, comme étant de nature fibreuse, devint trois fois enceinte ; la grossesse suivit sa phase régulièrement ; le dernier accouchement a été laborieux et fut suivi d'une hémorrhagie inquiétante. Après chaque accouchement, la tumeur fibreuse augmenta de volume, depuis le dernier surtout,

elle prit un accroissement notable; le ventre resta développé, la marche devint pénible, et cette dame était obligée de garder presque complètement la position horizontale sur une chaise longue. Cette malade, qui est morte depuis plusieurs années et que j'ai suivie depuis sa dernière couche, a succombé dans un état d'anémie profonde, avec les jambes infiltrées et une hydropisie abdominale. La saillie considérable du corps fibreux dans l'excavation pelvienne, exerçait sur le rectum une pression telle que les garde-robes étaient extrêmement pénibles; plusieurs fois je me trouvai dans la nécessité d'obvier à la rétention des matières fécales en allant les extraire au-dessus de l'obstacle à leur passage.

Une autre femme, âgée de 40 ans, réclama mes soins pour une hydropisie ascité qui, dans l'espace de deux années, rendit nécessaire huit fois l'opération de la paracentèse. L'affaissement des parois abdominales après l'évacuation du liquide, permettait d'arriver sur la paroi de l'utérus qui présentait un développement tel que cet organe dépassait l'ombilic. Cette élévation apparente était due à plusieurs tumeurs fibreuses, dont une avait un volume énorme. Cette tumeur, qui faisait corps avec l'utérus, l'entraînait dans tous les mouvements qu'on lui imprimait.

La malade s'aperçut de la présence de ce fibrome à la suite d'une grossesse, survenue six ans auparavant; jusque-là elle s'était bien portée. L'accouchement, qui eut lieu à terme, fut suivi d'une métrorrhagie grave, qui se prolongea à des degrés divers pendant plusieurs semaines. Le ventre, depuis cette époque, resta volumineux, et les règles parurent chaque mois sous forme de perte. L'existence des tumeurs fibreuses, qui fut alors constatée, permit d'en suivre l'évolution qui eut lieu avec une grande rapidité. Cette malade, dont la santé n'avait pas souffert jusqu'à sa dernière grossesse, quitta Paris après quatre ans, pendant lesquels je lui donnai des soins. Elle était dans un état déplorable; elle a succombé depuis aux suites de son affection.

La vascularisation des corps et des polypes fibreux intra-utérins pendant la grossesse est un fait généralement admis. Il s'explique par l'excès de mouvement nutritif dont l'utérus est le siège pendant la gestation, et auquel participent nécessairement les produits anatomo-pathologiques qui lui sont annexés. Ces conditions physiologiques dans lesquelles se trouve l'utérus gravide, rendent en outre raison de l'accroissement de ces produits pendant la grossesse, et leur progrès rapide après l'accouchement.

L'examen anatomique de quelques-uns de ces corps fibreux m'a

paru démontrer que la vascularisation qu'elles doivent au développement de la circulation utérine, ne change pas toujours sensiblement la composition intime de leur tissu; un peu plus mou, plus humide, quelquefois assez friable, il ne présente pas en général dans son épaisseur une organisation vasculaire suffisante à rendre raison des hémorrhagies consécutives à l'accouchement. C'est dans leur enveloppe corticale, formée par le tissu utérin lui-même, que la vascularisation est apparente; c'est dans le prolongement du tissu musculaire qui fixe et relie ces fibromes à la matrice que j'ai eu occasion d'observer l'existence de vaisseaux d'un certain calibre, pouvant expliquer les pertes sanguines abondantes qui suivent la sortie du fœtus et la délivrance.

Il y a longtemps que Lisfranc a appelé l'attention sur cette particularité anatomique de la constitution des tumeurs fibreuses, et notamment des polypes. Il fit observer qu'à l'époque des règles, on voit couler de la surface de certains polypes des gouttelettes de sang, et que, pour peu que cet écoulement qui se fait en nappe devienne trop abondant, il lui a suffi souvent, dans ces cas, de cautériser la surface du corps étranger pour le faire cesser. Or il est facile de comprendre qu'une semblable disposition, à la suite de la grossesse, se trouve singulièrement exagérée, et que les contractions de la matrice, s'exerçant sur un corps fibreux volumineux qui s'oppose au retrait du tissu utérin sur lui-même dans les points qu'il occupe, aient pour effet de produire une hémorrhagie grave. C'est dans cette catégorie de faits que se placent ceux que Chaussier a mis sous les yeux de la Société de médecine de Paris, et qui sont cités par Desormeaux et P. Dubois dans l'article *Dystocie* du « Dictionnaire de médecine, ou Répertoire général des sciences médicales ». Chaussier les avait recueillis sur des femmes mortes à la Maternité à la suite d'accouchements laborieux, chez lesquelles des corps fibreux multiples occupaient toute l'étendue d'une des parois de l'utérus. La mort avait été produite par des hémorrhagies qu'on n'avait pu arrêter.

J'ai rapporté moi-même un cas analogue qui se trouve mentionné dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 12, décembre 1844. Le docteur Brulatour, à qui on le doit, dit avoir assisté à l'autopsie d'une femme dont l'utérus contenait quinze corps fibreux interstitiels. La mort eut également lieu par hémorrhagie.

En supposant les cas les plus favorables, celui de l'existence d'un seul corps fibreux éliminé spontanément par les contractions de l'utérus, à la suite de l'accouchement, ainsi que cela eu lieu pour la malade de M. le docteur Faliu, dont M. Depaul a entretenu la Société

de chirurgie, on se trouve toujours dans des conditions qui font que l'hémorrhagie est encore fort à craindre.

L'élimination d'un tel fibrôme, en effet, ne peut s'effectuer que par une véritable énucléation qui le dégage de l'épaisseur de la paroi utérine où il est inclus; or, cette opération naturelle ne se conçoit pas, sans qu'elle produise, dans le tissu utérin, un véritable traumatisme dû à la lésion des fibres musculaires rompues, qui, pour livrer passage au corps enkysté, ont dû subir une déchirure partielle plus ou moins étendue, qui est une cause d'hémorrhagie.

Il est, dans l'histoire des fibrômes utérins, un point encore obscur, quoique depuis longtemps controversé: c'est celui qui a trait à l'inflammation de ces productions morbides et à la suppuration qui en serait la conséquence.

Bayle admettait que les polypes pouvaient s'enflammer. Lisfranc affirme avoir vu plusieurs exemples d'abcès développés dans leur épaisseur. Le même journal de Bordeaux que je viens de citer renferme un fait qui met en évidence ce travail pathologique survenu à la suite d'un accouchement.

Le docteur Barnetche a mis sous les yeux de la Société de médecine de Bordeaux l'utérus d'une femme décédée à la Maternité, quarante-huit heures après un accouchement des plus difficiles qui avait nécessité la version à la suite d'un travail qui durait depuis plus de six jours. Cette matrice énorme présentait trois tumeurs fibreuses de volume inégal à ses parties supérieures et latérales. L'incision de la tumeur la plus élevée donna lieu à un écoulement de pus sanieux, mélangé d'une espèce de détrituz formé par le tissu utérin, dans l'épaisseur duquel la tumeur s'était développée: l'auteur dit qu'il n'a trouvé aucune trace de phlébite utérine et que, pour lui, la mort a été causée par une métrite aiguë compliquée d'un ulcère développé solidement dans l'épaisseur d'un des corps fibreux dont l'existence, pendant la grossesse, n'avait pas été reconnue.

En parlant de la vascularité des productions fibreuses de la matrice à la suite de la gestation, j'ai fait remarquer précédemment, et la tumeur présentée par M. Depaul dans la séance dernière en est la preuve, que le tissu fibreux lui-même n'est pas sensiblement modifié dans son aspect, sa consistance et sa composition, et que c'est dans le tissu utérin, qui embrasse la périphérie, que réside la source de l'hémorrhagie. Il y a des exceptions à ce fait anatomique, comme le démontre celui qui suit.

Observation. — J'ai été, pendant plusieurs années, appelé à donner des soins à une dame qui, huit jours après un accouchement pratiqué

par Hutin, et à la suite duquel le placenta avait été extrait entier, sans aucune déchirure, présenta des pertes abondantes. Lisfranc fut appelé. Le toucher vaginal lui permit de constater l'existence d'un polype formant, au-dessous du col, une légère saillie arrondie. La tumeur remontait dans l'utérus à une hauteur qu'il ne fut pas facile de préciser. Une ligature fut portée, à grand' peine, à une profondeur qui fit croire à Lisfranc qu'il était arrivé jusqu'au fond de l'utérus.

L'hémorrhagie cessa, et le polype, dont le lien constricteur fut resserré chaque jour, s'engagea dans le vagin à la fin du quatrième jour, après des efforts d'expulsion très-douloureux, comme si, dit la malade, un nouvel accouchement avait eu lieu. Ce polype, de consistance molle, d'un tissu rouge-brun, très-friable par endroits, offrait dans son épaisseur des tractus vasculaires sous forme de linéaments et de vacuoles des plus apparents.

Lisfranc, dans ses leçons, insistait particulièrement sur cette variété de polypes fibreux dont la structure particulière rend raison des aptitudes hémorrhagiques qui leur sont propres et qui, comme complication de la grossesse, les rendent on ne peut plus redoutables.

Au nombre des accidents imputés à la présence des tumeurs fibreuses compliquant la grossesse, on a cité l'avortement, la rupture et l'inversion de la matrice.

A en juger par les observations nombreuses qui prouvent que, nonobstant la préexistence d'un corps fibreux à la grossesse, celle-ci peut suivre son cours régulier jusqu'à terme, l'avortement provoqué par le corps étranger serait une exception.

On peut en dire autant de la rupture des parois utérines qui, dans les cas de corps fibreux multiples que j'ai cités, n'ont pas plus déterminé ce grave accident qu'ils n'ont enrayé l'évolution normale de la grossesse.

Si la rupture de l'utérus est en effet à redouter, c'est bien sans contredit lorsque toute une paroi de l'utérus est envahie par ces fibrômes, comme cela existait dans les exemples rapportés par Chaussier et dans celui que j'ai emprunté au *Journal de médecine de Bordeaux*. L'ampliation de la cavité utérine, ne pouvant alors s'effectuer que par la dilatation extrême de la portion des parois de l'organe restée saine, celle qui est le siège de ces tumeurs ne pouvant s'y prêter que dans une limite tout à fait restreinte.

Il serait intéressant, à cet égard, d'entendre ceux de nos collègues que des études spéciales ont mis à même d'acquérir, en cette matière,

une expérience personnelle. Sur ces deux points de pathologie obstétricale, leur opinion aurait une grande autorité. Il en serait de même pour celui qui a trait à l'inversion de la matrice.

Quel est le degré de fréquence de ce déplacement à la suite de l'accouchement? Pour moi, je n'en connais aucun cas dans lequel il ait été manifestement produit par l'issue spontanée d'un corps fibreux, due aux seules contractions de l'utérus. Peut-être, cependant, faut-il faire une exception pour celui que Lisfranc a cité dans sa clinique chirurgicale.

Il s'agit d'une malade qui, après avoir rendu avec de très-vives douleurs, par le vagin, ce qu'elle appelait un morceau de chair, produit d'une grossesse qu'elle croyait exister depuis trois mois, resta souffrante pendant cinq ans. Elle avait une leucorrhée abondante et tenace, et ressentait dans le bassin et dans la région lombaire des tiraillements et un sentiment de pesanteur. Cette femme ayant succombé à une phlegmasie viscérale, on constata chez elle, à l'autopsie, un renversement de l'utérus qui s'arrêtait à la partie de cet organe, qui forme le museau de tanche.

Si l'inversion utérine est rare dans le cas de corps fibreux interstitiels, elle l'est moins dans celui des polypes intra-utérins compliquant la grossesse.

Les tractions exercées sur l'utérus distendu, ramolli et éminemment contractile, par le pédicule de la tumeur et par le poids de celle-ci, rendent raison de la facilité plus grande de la matrice à s'invaginer à la suite de l'accouchement. Tous les auteurs s'accordent généralement à cet égard.

C'est même cette tendance au renversement des parois utérines dans les conditions spéciales dont il s'agit qui a prescrit au chirurgien d'éviter toute traction un peu forte sur le polype, en vue de l'attirer dans le vagin, cette manœuvre ayant pour effet d'exposer à produire l'inversion par elle-même d'abord, ensuite en sollicitant les contractions énergiques des plans vasculaires de la matrice. C'est pour cela que, lorsque la ligature de la tumeur est rendue urgente par l'abondance de l'hémorrhagie, en pareil cas, il est rigoureusement prescrit de la pratiquer sur place, c'est-à-dire de la porter sur le pédicule du polype à la hauteur où il est situé dans la cavité utérine.

De l'exposé succinct des faits que j'ai cités et qui se rapportent la plupart aux corps fibreux de l'utérus, il ressort, ce me semble, pour le praticien, une question de déontologie qu'il serait opportun de résoudre: c'est la conduite à tenir envers une femme chez laquelle l'existence d'un fibrome utérin est constatée, et qui s'adresse à

l'homme de l'art, pour savoir de lui si elle peut, sans inconvénient, contracter mariage et courir les chances d'une grossesse.

Quelle sera la réponse du médecin en pareille circonstance ?

Les corps fibreux ne sont pas un obstacle à la fécondation ; ils sont rarement une cause d'avortement ; la grossesse peut être menée jusqu'à terme ; cela est démontré ; mais ce qui ne l'est pas moins, c'est que le danger pour la femme commence à devenir sérieux au moment de l'accouchement, généralement laborieux, et pouvant être suivi d'une hémorrhagie dont la gravité ne peut jamais être prévue à l'avance et qui souvent a été promptement mortelle.

Cette dernière considération me paraît de nature à trancher la question, si surtout on y ajoute la possibilité de la rupture de l'utérus admise par quelques auteurs durant le cours de la grossesse, et l'influence fâcheuse de celle-ci sur le développement ultérieur et rapide des corps fibreux, et conséquemment sur l'état de santé des femmes qui en sont atteintes. Ajoutons encore que de ce que, par le toucher, on n'a pu constater la présence que d'un seul corps fibreux, il ne faudrait pas en inférer qu'il n'en existe aucun autre, car l'anatomie pathologique apprend que ces néoplasmes sont fréquemment multiples. Il y a donc, à mon avis, les motifs les plus sérieux pour dissuader, en pareil cas, une femme de s'engager par les liens du mariage et de s'exposer aux aventures d'une grossesse.

Ce n'est d'ailleurs qu'avec toute réserve que je me prononce sur une question de cette nature que je sou mets à l'appréciation de ceux de mes collègues, que leurs travaux en obstétrique rendent plus compétents pour les juger en dernier ressort.

Polypes. — Si des corps fibreux que j'ai eu plus spécialement en vue jusqu'ici, j'arrive aux polypes proprement dits, les faits qui leur sont relatifs n'ont appris qu'ils peuvent, comme complication de la grossesse et de l'accouchement, se présenter sous plusieurs aspects.

Une première division à établir est celle des polypes celluloso-vasculaires et des polypes fibreux.

Polypes celluloso-vasculaires. — Dans un cas dont j'ai été témoin et qui est rapporté dans la *Clinique* de Lisfranc, tome III, p. 87, cette variété de polypes qui, par leur siège à l'intérieur de l'utérus, sont d'un diagnostic impossible, a provoqué l'avortement, et à la suite de celui-ci des hémorrhagies successives et abondantes.

OBSERVATION. — Une dame, âgée de 28 ans, mère de quatre enfants, fut atteinte d'une métropéritonite à son dernier accouchement. Elle devint enceinte pour la cinquième fois, lorsque l'utérus était encore sensiblement hypertrophié. Pendant quatre mois, cette dame se

résigna à garder le repos. A cette époque, elle fit un voyage à la suite duquel elle fut prise de douleurs utérines, et l'avortement eut lieu : bientôt après des pertes abondantes, rebelles, se déclaraient ; au toucher on constata que la matrice était tuméfiée et douloureuse ; l'on combattit cette phlegmasie par des moyens antiphlogistiques : pendant deux mois la métrorrhagie cessa, mais elle reparut avec intensité. La malade vit ses forces s'épuiser, elle succomba.

A l'autopsie, on découvrit dans la cavité de l'utérus, dont les parois avaient doublé d'épaisseur, six polypes celluloso-vasculaires ou muqueux, dont le plus petit avait le volume d'une lentille, et le plus gros celui d'une petite noisette.

Ces excroissances polypeuses dont l'existence était en dehors de toute prévision, sont très-insidieuses : elles sont formées par un tissu rouge, mou, d'apparence érectile lorsqu'il est vu à la surface d'une loupe fraîche et nette ; flottants et en relief à la surface utérine avec laquelle ils se continuent, ces petits polypes sont éminemment vasculaires. J'ai eu occasion d'en observer, l'utérus étant à l'état de vacuité, ils ont, dans ce cas, déterminé la mort par hémorrhagie successive, chez une malade que j'ai observée pendant mon internat à l'hôpital de la Pitié, et dont j'ai moi-même fait l'autopsie. Leur siège était le même que dans le cas précédent, c'est-à-dire qu'ils occupaient la partie la plus élevée de la cavité utérine. Ils étaient au nombre de huit ; quelques uns avaient l'aspect des franges de la membrane muqueuse, plusieurs, celui de petits corps olivaires, et leur structure identique était celle des mêmes polypes mentionnés dans l'observation ci-dessus relatée.

Polypes fibreux. — Les conditions dans lesquelles ces polypes ont été observés pendant et après l'accouchement, sont très-diverses, et les accidents qu'ils ont déterminés varient également suivant la nature même de ces conditions.

Ainsi, sans entrer dans les détails des observations que j'ai reproduites au nombre de douze, dans mon mémoire publié en 1866, je me bornerai à en donner les principaux traits.

Ces polypes, de diverse grosseur, quelquefois très-volumineux, siégeant soit à la vulve, soit dans le vagin, soit dans l'utérus, peuvent ne pas s'opposer à la grossesse, et même n'apporter qu'un léger obstacle à l'accouchement.

OBSERVATION I. — *Accouchement à terme, compliqué de l'apparition d'un polype utérin à la vulve avant la sortie du fœtus.* — On trouve dans Levret une observation d'une femme chez laquelle une tumeur avait été expulsée de la vulve pendant la parturition avant la sortie

d'un fœtus à terme. L'accoucheur de cette femme reconnut un polype de la grosseur de la tête d'un enfant nouveau-né, et dont le pédicule, large d'un travers de doigt, était implanté au côté droit du col de la matrice. Il n'y avait pas de pertes considérables après la délivrance, nonobstant, Guiot lia le pédicule; puis il plaça la femme de manière que la tumeur fut soutenue, et qu'elle n'exerçât aucun tiraillement douloureux. Dès le lendemain, des douleurs vives aux lombes et à l'aîne droite obligèrent à exciser la tumeur au-dessous de la ligature qui se détacha le troisième jour. La femme n'éprouva aucun accident, elle allaita son enfant et fut bientôt rétablie.

OBSERVATION II. — *Polype volumineux occupant la vulve; grossesse terminée heureusement.* — Le même observateur, Levret, cite un second exemple d'une femme qui portait un polype d'un volume considérable, dont la base pendait entre ses cuisses, et qui, par son pédicule, était fixée au col utérin. Cette tumeur avait paru depuis seize ans à la suite d'une couche fort heureuse; elle rentrait facilement lorsqu'on la réduisait dans le vagin. De nouveau devenue enceinte une seconde fois, le polype entra progressivement par l'effet de l'élévation successive de l'utérus, et cessa de paraître pendant la grossesse. La femme accoucha heureusement à terme d'un enfant bien vivant; mais dès qu'elle fut rétablie, la tumeur sortit de nouveau à la vulve. Cette femme continua à faire remonter sa tumeur qui, un jour, sortit et ne put pas être réduite. L'étranglement du polype à la vulve exigea une opération qui fut pratiquée par Rondon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, au moyen de la ligature. La tumeur se détacha le quatrième jour, et la malade ne tarda pas à être guérie.

OBSERVATION III. — *Polype énorme compliquant la grossesse. — Double insertion au col de l'utérus et au vagin. — Cinq accouchements d'enfants à terme mort-nés.* — Je rapprocherai du fait précédent une observation analogue du docteur Pordham. — C'est celle d'une femme de 35 ans en travail depuis six jours. Par le toucher on constate dans le vagin une tumeur volumineuse, implantée sur la partie postérieure du col utérin. — Cette femme, depuis dix ans, avait eu quatre enfants mort-nés. A chaque accouchement une tumeur sortait de la vulve, poussée par le fœtus. Cette fois encore la parturition, malgré cet obstacle, s'opéra tout naturellement; mais l'enfant était mort, comme les quatre autres qui l'avaient précédé.

Le docteur Clough, appelé en consultation, constata la continuité des efforts expulsifs après la délivrance, et reconnut une double insertion du polype au col de l'utérus et à la paroi postérieure du vagin. L'application de cette ligature fut très-laborieuse : la femme, fort

épuisée déjà, s'affaiblit rapidement et succomba le lendemain de l'opération, sans avoir présenté ni douleurs, ni vomissements, ni aucun autre signe de métropéritonite. Il n'est pas question de l'autopsie.

OBSERVATION IV. — Un troisième fait, puisé à la même source (*Medical and Physical journal*, 1811 and 1812), nous montre encore un *polype sortant de la vulve au moment de l'accouchement, et cela à la suite de trois grossesses successives, en même temps qu'il fait voir le danger d'une ligature pratiquée immédiatement après l'accouchement.*

Voici ce fait, qu'en raison de l'enseignement pratique qu'il renferme j'ai jugé à propos de reproduire intégralement.

Une femme, mère de plusieurs enfants, accoucha d'une fille à terme après une parturition douloureuse. Pendant le travail, une tumeur consistante et charnue, poussée par la tête de l'enfant, était sortie avant elle; à deux couches précédentes ce même phénomène avait eu lieu. Le volume de la tumeur était seulement moins considérable, aussi n'y avait-on pas fait grande attention, chaque fois celle-ci étant rentrée dans le vagin. Cette dernière fois elle resta hors de la vulve; elle avait la grosseur de la tête d'un enfant nouveau-né. Dès le lendemain une ligature fut placée autour de son pédicule; vers le soir du même jour, agitation et insomnie. Le lendemain, nouvelle ligature, la première s'étant relâchée: presque immédiatement, douleur si vive et anxiété telles que, vers le soir, on fut contraint d'enlever le fil constricteur. Les accidents convulsifs déterminés par cette opération durèrent plusieurs jours; malgré l'usage des narcotiques, le pouls monta à 120 pulsations, la voix était éteinte. La malade cependant se rétablit et on crut, neuf semaines après l'accouchement, le moment venu d'appliquer une nouvelle ligature, qui ne tarda pas à reproduire les mêmes accidents qui avaient eu lieu une première fois. La tumeur était recouverte, dans toute sa surface, d'une escharre qui était le point de départ d'un écoulement fort abondant. L'état de la malade s'étant beaucoup amélioré par les soins appropriés et un régime analeptique, on pratiqua de nouveau la ligature du polype dont le pédicule était devenu moins gros et plus facile à atteindre; il s'était passé alors quatre mois depuis l'accouchement; cette fois la ligature, d'abord douloureuse, fut bientôt mieux supportée, et au bout de quelques jours la tumeur se détacha, et la malade recouvra une santé parfaite.

Les polypes fibreux restés dans l'utérus s'y comportent de la même manière que les corps fibreux; comme eux ils constituent par leur présence un obstacle au retrait de l'utérus sur lui-même; outre que par la vascularisation dont ils sont doués quelquefois à un haut degré, ils peuvent, de plus, devenir par eux-mêmes une source d'hé-

morrhagies graves et surtout mortelles. J'en ai cité trois exemples que j'ai empruntés l'un au docteur Churchill, un autre au docteur Radford, de Manchester, et un troisième au docteur Crisp; la mort eut lieu au bout de huit à dix heures dans le premier cas; elle se produisit par épuisement quinze jours après l'accouchement dans le second; chez la madame du docteur Crisp, à l'hémorrhagie s'ajouta, comme une cause de mort après l'accouchement, la persistance des contractions énergiques de l'utérus et la répétition des douleurs pendant l'expulsion d'un polype qui était très-volumineux, à ce point qu'on l'avait pris pour un second enfant, et qu'engagé à la vulve il rendait le cathétérisme difficile.

Des faits qui précèdent, il me semble que l'on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Les fibromes les plus variés de forme, de volume et de siège ne sont pas un obstacle à la conception ;

2° Les polypes compliquant la grossesse, même quand ils sont volumineux, ne s'opposent pas généralement à l'évolution de celle-ci et peuvent ne mettre que faiblement obstacle à l'accouchement ;

3° Les polypes peuvent occuper le vagin, ou être contenus dans l'utérus au moment de l'accouchement ;

4° Les polypes qui occupent le conduit vulvaire constituent un danger pour la vie de l'enfant ; les polypes intra-utérins, après l'accouchement, sont au contraire un danger pour la mère, en raison de l'hémorrhagie qu'ils déterminent ;

5° Les polypes intra-utérins sont plus facilement éliminés que les corps fibreux en même temps que le produit de la conception : leur forme, qui les rend indépendants du tissu utérin, et le peu d'épaisseur de leur pédicule, rendent raison de cette différence ;

6° Le renversement de l'utérus, après la grossesse, compliqué d'un corps ou d'un polype fibreux, peut être le résultat des contractions utérines, et aussi des manœuvres irrationnelles exercées sur le corps étranger ;

7° La question d'opportunité de l'opération, un corps fibreux ou un polype se montrant à la suite de l'accouchement dans des conditions accessibles à l'action instrumentale, constitue un problème diversement résolu ;

8° Si la matrice se ferme et revient sur le corps inclus dans sa cavité, sans donner lieu à une hémorrhagie sérieuse, il est sage de s'abstenir de toute tentative, et d'attendre que les conditions spéciales dans lesquelles se trouve l'utérus après l'accouchement aient cessé.

On agirait de même dans le cas d'un polype intra-vaginal fibreux qui donne lieu ;

9° Une hémorrhagie qui compromet les jours de la mère, ou qui est un obstacle au passage du fœtus pour qui il constitue un danger, réclame impérieusement l'intervention du chirurgien et s'oppose à toute temporisation ;

10° Quant à l'indication chirurgicale, elle varie suivant les cas.

M. TARNIER. Je crois qu'il serait opportun d'attendre la communication que M. Guéniot nous a annoncée pour commencer la discussion. Cela était convenu entre les membres de la Société, lorsque M. Depaul a fait sa communication.

COMMUNICATION.

Traitement de la Syphilis.

M. DESPRÉS. L'an dernier, je vous ai communiqué, à l'occasion de notre discussion sur le traitement de la syphilis, la statistique des faits de mon service. Vous vous rappelez encore l'orage que, même au dehors, quelques-uns de nos discours ont provoqué. Je ne me suis point effrayé de ce concert d'oppositions, parce que je suis persuadé que les faits finissent toujours par avoir le dernier mot ; aussi, je viens retracer devant vous les résultats de quinze nouveaux mois d'expérience pendant lesquels j'ai recueilli tous les faits de mon service. Je ne dirai point à l'avance ce que je conclus de mes observations ; je laisserai à mes collègues le soin de juger pas à pas si mes propositions de l'année dernière ont été démenties par des faits nouveaux.

Seulement, je tiens à faire une remarque : on m'a dit que, lors de notre dernière discussion, j'avais pris à l'improviste les partisans du mercure, et qu'ils n'avaient pas d'observations prêtes. Mais voici déjà un an passé depuis ma première statistique, et, en un an, on voit bien des choses. Je puis, certes, penser que mes collègues puiseront dans l'expérience d'une année. Alors je vois les oppositions que je puis encore rencontrer diminuées au moins de ce reproche, que j'aurais surpris ceux qui ont foi dans les préparations mercurielles.

Établissons, Messieurs, d'abord un premier point : comme l'année dernière, j'ai reçu un grand nombre de malades ayant été déjà traités de leur syphilis, inutilement, par les préparations de mercure.

J'ai reçu, du 24 février 1867 au 20 juin 1868, 359 malades atteintes de chancres suivis d'accidents généraux, d'accidents secondaires ou tertiaires, toutes malades franchement syphilitiques.

Sur ce nombre :

81 avaient été déjà traitées une ou plusieurs fois par le mercure, soit dans les hôpitaux, soit en ville. Proportion, 22,5 p. 100.

36 avaient été traitées dans mon service par la médication tonique, les bains salés et sulfureux, et le traitement local. Ne craignant pas de charger contre moi ce chiffre, j'ai compté les malades qui, sorties malgré moi, n'avaient subi que quelques jours de traitement, celles qui, sorties de la sorte, sont rentrées deux et trois fois; ces malades chaigent presque de moitié mon chiffre 36. Parmi ces malades, il en est qui avaient été autrefois traitées par le mercure. Proportion, 10 p. 100.

8 malades, traitées déjà une fois sans mercure par le bichromate de potasse, l'iodure de potassium d'emblée ou les sudorifiques, sont entrées dans mon service pendant le même temps. Proportion, 2 p. 100.

Si, maintenant, je ne prends que les malades traitées au moins deux mois, j'arrive aux mêmes proportions.

18 malades, traitées chez moi pendant plus de deux mois, pendant un temps que j'ai jugé suffisant. Proportion, 5 p. 100.

38 malades traitées par le mercure pendant plus de deux mois; 11 malades ayant subi deux et trois traitements mercuriels. Proportion, 11 p. 100.

J'ai fait plus : il y a, à l'hôpital de Lourcine, un service voisin du mien où il y a eu des syphilitiques : je ne parle pas du service de médecine que l'administration avait transformé en un service de maladies générales. Ce service a été successivement occupé par MM. Panas, Liégeois et Péan. Il renferme quatre-vingt-neuf lits, deux lits de plus que mon service, et il n'a reçu que 334 malades pendant que le mien en recevait 359. J'ai comparé les malades qui rentraient dans mon service en sortant du service voisin et qui ont pris le traitement mercuriel classique, avec les malades qui avaient été déjà traitées chez moi par les toniques, les bains et le traitement local.

J'ai eu 36 malades rentrées après un séjour dans mon service; sur ce nombre, 18 avaient été traitées plus de deux mois.

J'ai eu 33 malades traitées antérieurement, dans le service voisin du mien, par les préparations mercurielles : proto-iodure de mercure, frictions mercurielles ou injections de sublimé.

Sur ce nombre, 18 avaient pris du mercure pendant plus de deux mois.

De cette comparaison, il ressort qu'il y a eu égalité absolue entre le résultat du traitement mercuriel et du traitement sans mercure, et je n'en demande pas davantage.

Il est certainement rentré quelques-unes de mes malades dans l'autre service, mais il y est rentré aussi des malades du même service, et si l'on devait compter les premières, il faudrait aussi compter les secondes.

Mais il n'est pas rentré beaucoup de mes malades dans le service voisin; mes malades sont assez fidèles. Malgré la sévérité que l'on m'a presque reprochée ici, ces malades conservent, à l'égard du service, un peu de cette fidélité canine qu'a célébrée Buffon, et que les pauvres ont toujours pour ceux qui s'occupent d'eux sérieusement. Je ne veux, pour preuve de ce que j'avance, qu'un seul fait :

Depuis que je suis à Lourcine, j'ai vu presque toutes celles de mes malades, qui ont été atteintes de récidive, revenir dans mon service. Sur 605 malades qui ont passé dans mes salles, 7 seulement ont été, dans les grands hôpitaux, se faire traiter de récidive de leur syphilis.

J'ai pris des informations scrupuleuses, et je n'ai pas entendu parler d'autres malades; il peut y en avoir eu cependant quelques-unes de plus que le chiffre sept, mais leur nombre ne peut être élevé. Je ne compte pas les malades sorties enceintes et qui sont allées accoucher dans des hôpitaux spéciaux. Je ne compte pas celles de mes malades qui sont entrées dans le service voisin du mien, faute de lits chez moi.

Que dirai-je encore de plus concluant que ces chiffres? Est-il assez prouvé que le mercure n'empêche pas les récidives des poussées syphilitiques?

Je pourrais, toutefois, vous rappeler que la Société de médecine de Bordeaux, qui, elle aussi, a étudié le mode d'action des mercuriaux dans la syphilis, a entendu notre confrère, M. Venot, déclarer, chiffres en main, le résultat d'expériences entièrement conformes aux miennes. Ce médecin, en effet, tirait, de quarante-cinq observations bien suivies, que les récidives étaient en proportions égales chez les syphilitiques, qu'on les traitât ou non par le mercure. Ceux de nos collègues qui voudront se rendre compte de ces faits en trouveront dans le numéro de juin de cette année des *Archives de médecine*.

L'état des malades rentrant, après avoir été traitées dans mon service, ne diffère pas sensiblement de l'état des malades traitées déjà par le mercure, en ville ou dans les hôpitaux.

Parmi mes malades vierges de mercure :

14 qui avaient leur mal depuis six mois, avaient : 12 des plaques muqueuses, 1 une iritis, 1 une syphilide tuberculeuse précoce.

7, qui avaient leur mal depuis un an, avaient : 4, des plaques muqueuses, dont une avec une syphilide papuleuse; 1, une syphilide papuleuse; 1, une gomme ulcérée du voile du palais.

6, qui avaient leur mal depuis dix-huit mois ou deux ans, avaient : 1 des plaques muqueuses; 1 une syphilide tuberculeuse serpigineuse; 1 de l'ecthyma; 1 de l'ecthyma scrofuleux plutôt que syphilitique (c'était une nourrice qui, après avoir eu une écorchure au sein, avait eu d'emblée de l'ecthyma, n'avait pas eu de plaques muqueuses et n'avait pas donné de mal à son mari); 1 une syphilide papuleuse; 1 des gommès.

Parmi mes malades traitées par le mercure, avant leur premier séjour chez moi :

2, qui étaient malades depuis six mois, avaient des plaques muqueuses; 2 avaient leur mal depuis dix-huit mois, et rentraient avec des plaques muqueuses; 2, qui étaient malades depuis vingt-cinq mois, avaient des plaques muqueuses; 3, malades depuis trois, quatre et huit ans, avaient : 1 une choroïdite et des plaques muqueuses, 2 des plaques muqueuses et de l'anémie.

Voyons les malades déjà traitées par le mercure :

54 malades depuis six ou dix mois, avaient :

49 des plaques muqueuses; 2 une syphilide papuleuse précoce, et l'une de ces malades avait encore son chancre induré; 2 un chancre induré persistant; 1 avait une gomme. Je fais ici une réserve, car cette malade me paraissait avoir ignoré le début de sa syphilis.

Les malades en traitement depuis un an avaient : 11 des plaques muqueuses récidivant toujours; 3 des syphilides papuleuses. Une de ces malades avait été traitée, à Saint-Louis, pour une syphilide papuleuse qui avait duré un an.

3 malades traitées depuis deux ans avaient : 1 des plaques muqueuses; 1 une choroïdite; 1 une syphilide papuleuse.

Celles qui, au nombre de 10, avaient été traitées depuis deux ans et demi, trois ans, huit ans et dix ans, avaient : 1 des exostoses et de l'ecthyma (deux ans et demi de traitement); 1 une syphilide papuleuse; 1 une syphilide papuleuse et tuberculeuse; 1 une syphilide tuberculeuse; 6 avaient toujours des plaques muqueuses : une de celles-ci avait eu son chancre il y a sept ans, et avait présenté plusieurs récidives.

Si vous voulez voir l'effet du traitement mercuriel sur les récidives de plaques muqueuses, vous en pourrez voir un bel exemple sur une malade qui est entrée, il y a quelques jours, dans mon service.

B... (Jeanne), 20 ans, d'une assez belle santé antérieure, entrée dans mon service, salle Saint-Alexis, n° 28, le 30 mai 1868. — Voici ses antécédents :

Malade depuis trois semaines, elle est entrée, le 4 juin 1867, dans le service de M. Liégeois, pour une vaginite et des boutons à la vulve, pour lesquels le chirurgien donne deux pilules de proto-iodure de mercure par jour pendant cinquante jours, du 4 juin au 24 juillet. Les pilules ont été prises régulièrement; la malade a eu une stomatite mercurielle grave. La pancarte de sortie de la malade portait : *Syphilis*. — La malade entre à l'hôpital de la Pitié, le 14 août 1867, dans le service de M. Maticé; elle avait alors des douleurs de tête et des douleurs dans les membres, que le médecin traita d'abord par l'hydrothérapie; puis, comme il s'était aperçu, au bout de huit jours, que la fille B... avait des plaques muqueuses, il a prescrit un bain de sublimé tous les deux jours et du vin de quinquina. Les douches froides étaient continuées.

Le 26 octobre, la malade est sortie non guérie : elle avait, dit-elle, des boutons sur le corps. Trois jours après, la malade rentre dans le service de M. Behier. Le 19 octobre, le professeur reprend encore le traitement mercuriel et donne deux cuillerées à bouche de liqueur de Van Swieten par jour, du vin de quinquina, et un bain de sublimé tous les deux jours. La malade sort du service après avoir eu encore une stomatite mercurielle, et avec des taches sur le corps, le 29 novembre, pour aller au Vésinet, où elle séjourne trois semaines; là, elle ne prend que des bains sulfureux. De retour à Paris, la fille B... a une récurrence de plaques muqueuses et revient à Lourcine, dans le service de M. Péan, le 9 janvier 1868. Là, des pilules de proto-iodure sont encore prescrites, mais la malade ne les a pas prises; elle reste néanmoins dans ce service jusqu'au 1^{er} avril.

Le 30 mai, elle rentre dans mon service avec des plaques muqueuses de la vulve et des plaques muqueuses de la gorge. La malade est un peu chlorotique, et il y a un bruit de souffle douteux dans les carotides.

Cette malade a donc pris 100 pilules de proto-iodure une première fois, 25 bains de sublimé, puis 15 autres bains de sublimé et 60 cuillerées à bouche de liqueur de Van-Swieten; tout cela pour aboutir, après 227 jours d'hôpital, à une quatrième récurrence de plaques muqueuses en une année.

La malade n'est pas détériorée, j'explique ce fait parce que cette femme a séjourné dans les hôpitaux en même temps qu'elle prenait du mercure, parce que depuis cinq mois elle ne prenait plus de médications mercurielles, et que depuis quatre mois elle vivait à l'hôpital à boire, manger, dormir et ne rien faire.

Cette malade est un exemple qui me dispense de fournir des commentaires.

De tout ce qui précède, il résulte que, chez mes malades qui ont eu des récidives même d'accidents tertiaires, le mal ne montait pas à plus de deux ans. Celle de mes malades qui a eu l'an dernier des gommès ou plutôt un érythème noueux, est actuellement bien guérie. C'est la fille B... Sophie dont je vous ai parlé l'année dernière, et que j'ai revue cette année.

Qu'on ne me dise pas que je dois attendre pour juger; j'ai eu des malades dont la syphilis n'était pas plus âgée que celle de la fille B... qui avaient des exostoses, des gommès, de l'ecthyma et des syphilides tuberculeuses, ou tuberculo crustacées, quoiqu'elles eussent été traitées pendant deux et trois ans par le mercure.

Si le mercure était capable d'agir sur les syphilis graves et d'empêcher les accidents graves, je devrais avoir beaucoup de mes malades dans cet état, contre un très-petit nombre de malades semblables auxquels avaient été administrées les préparations mercurielles.

Les accidents de la syphilis sont-ils amendés véritablement par le mercure? Pour toute réponse, je dirai ce que l'on obtient sans mercure.

Les chancres traités par la cautérisation et les cataplasmes mettent trois à cinq semaines à guérir, suivant qu'on les traite au début, ou un peu plus tard.

Les plaques muqueuses simples non végétantes mettent en moyenne huit à dix jours à guérir, par les cautérisations et les lotions avec l'eau blanche, ou par une solution légèrement caustique ou astringente et le repos.

Les plaques muqueuses de la gorge et de la bouche mettent le même temps à guérir; seulement chez les malades qui ont de mauvaises dents ou des follicules des amygdales ulcérés il y a des récidives journalières, surtout en hiver; et il y a des plaques muqueuses de la gorge chez les syphilitiques là où chez les gens sains il n'y aurait qu'un léger mal de gorge, au moindre refroidissement.

Les plaques muqueuses végétantes de la vulve ou de la gorge sont plus longues à guérir, je suis obligé de les cautériser plusieurs fois avec la solution saturée de chlorure de zinc. Ces plaques durent quelquefois jusqu'à trois ou quatre semaines, à moins qu'elles ne se recouvrent d'épithélium et ne se transforment en végétations, ce qui m'oblige à venir aux cautérisations avec l'acide nitrique fumant et même à l'excision.

Je ne crois pas, j'affirme même qu'il n'y a pas de traitement mercuriel qui arrive au même résultat sans traitement local. S'il devait m'être opposé des statistiques à cet égard, je demanderais toutes les

observations d'un service, car les plaques muqueuses des malades qui, après trois et quatre semaines de mercure, ne seraient pas guéries et ne seraient pas comptées, parce que les malades seraient sorties de l'hôpital avant guérison, sont justement celles qui sont rebelles même au traitement mercuriel, celles qu'il faudrait compter.

J'ai eu dans mon service 26 syphilides cutanées, généralisées : syphilides papuleuses, confluentes, miliaires, tuberculeuses, précoces, tuberculeuses, serpigneuses, telles qu'on les observe à Saint-Louis. Ces malades sont restées dans le service cinq, six et même dix-huit mois. Cinq malades sont parties non guéries pour se traiter chez elles.

Ces malades que j'ai observées ont guéri :

6 en six et sept mois ; 7 en quatre mois ; 11 en deux et trois mois ; 2 en un mois. 4 des 13 dernières malades avaient des récidives : 3 après un traitement mercuriel antérieur ; 1 après avoir été traitée chez moi.

Les malades suivaient un régime tonique (fer et quinquina), et comme traitement local prenaient des bains salés et sulfureux. Leurs plaques cutanées étaient badigeonnées avec la teinture d'iode ou l'huile de Cade pure.

Entendons-nous, Messieurs, sur le sens du mot guéri. Par guéri, il ne faut pas comprendre que le mal a pâli. Il faut qu'il soit bien dit que la syphilide est guérie seulement quand les boutons ou les plaques n'offrent plus de desquamation et sont réduites à des macules semblables aux macules qui suivent la période de desquamation de l'éruption varioleuse.

Si la pâleur de l'éruption était prise pour la guérison, je réduirais à un mois ou six semaines la durée de mes syphilides ; mais, je le répète, cette manière d'envisager la guérison me paraîtrait défectueuse.

Certes, j'ai vu des syphilides papuleuses guérir en moins d'un mois, mais c'étaient des roséoles papuleuses, et non point de ces syphilides tuberculeuses qui sont de véritables plaques muqueuses de la peau, ou de ces syphilides tuberculeuses caractérisées par des boutons acuminés qui offrent la rougeur et la consistance de petites keloïdes.

Chez 14 de mes malades, j'ai vu naître la syphilide après des malaises, des douleurs rhumatoïdes et une fièvre rémittente prodromique, banalement appelée fièvre syphilitique. Cinq malades sont sorties avant guérison complète. Chez 9 j'ai vu l'évolution complète du mal :

1 a mis sept mois à guérir ; 5 ont mis six mois ; 2 ont mis cinq mois ; 1 a mis huit semaines.

Chez toutes mes malades, la fièvre tombait aussitôt après la sortie de l'éruption, et la santé se rétablissait à vue d'œil.

J'ai pu suivre une de mes malades que ses affaires avaient empêchée de rester chez moi, et j'ai vu que, même non traitée, les éruptions guérissent néanmoins à peu près dans le même temps.

C... arrivée dans mon service avec une stomatite mercurielle, qui avait suivi huit jours d'usage de deux pilules de proto-iodure par jour, a eu sous mes yeux une poussée de papules disséminées qui a duré un mois. Une seconde poussée, avec des ulcérations, existait lorsque la fille C... est sortie pour soigner son enfant malade, et j'ai appris qu'elle était allée, trois mois après, à l'hôpital Saint-Antoine avec une troisième poussée très-légère, et cette fois de syphilide squammeuse peu étendue, qui a guéri en peu de temps : ce qui fait que la syphilide a duré six mois.

Voici les durées comparatives des éruptions syphilitiques traitées par le mercure et traitées par les toniques et les traitements locaux.

A..., 32 ans, entre dans le service le 27 août 1866 avec une syphilide pustulo-tuberculeuse précoce, qui était apparue aux lieux et place de la roséole; elle était traitée en ville depuis le début du mal par de la liqueur de Van-Swieten, une cuillerée à bouche tous les jours, pendant six mois. Malgré ce traitement néanmoins, la malade conservait, sur la petite lèvre du côté droit, une induration chancreuse qui persistait depuis six mois; ses papules étaient encore en voie de desquamation et une vaginite existait encore depuis le début de sa syphilis.

Au bout de deux mois de traitement dans mon service, la syphilide était éteinte et la malade est restée dans mon service jusqu'au mois de mars 1867 pour obtenir la guérison de sa vaginite rebelle. La syphilide avait duré huit mois.

F... Mathilde, 21 ans, entrée le 21 mars dans le service de M. Liégeois avec des plaques muqueuses, et une syphilide papuleuse confluente est traitée pendant six mois, du 12 avril 1867 au 1^{er} septembre de la même année, par deux pilules de proto-iodure chaque jour, pendant quatre mois, et qui étaient régulièrement prises. La malade entre dans mon service le 7 septembre avec sa syphilide papuleuse palie et des plaques muqueuses de la gorge; le 15 septembre la syphilide papuleuse ressortait et était guérie le 2 novembre. La malade prenait des bains salés et sulfureux, du rôti et des toniques. La syphilide avait duré sept mois et demi.

Voyons maintenant mes malades traitées sans mercure.

M... (Anna), 18 ans, 29, Saint-Bruno, traitée dans mon service de-

puis le mois de novembre 1866, pour un chancre phagédénique de la vulve, lequel avait été traité en ville pendant trois mois par des pilules de proto-iodure. Le 28 février 1867, la malade est prise après fièvre prodromique d'une syphilide miliaire confluyente à poussées successives, qui a duré jusqu'au mois de septembre 1867 (sept mois). Elle a eu trois iritis : une, traitée par le calomel à dose fractionnée et les vésicatoires aux tempes ; une par les seuls purgatifs et les sinapismes aux cuisses et les vésicatoires ; une par les ponctions de la cornée ; toutes trois ont eu une durée égale, sauf la dernière, qui était compliquée d'un abcès de l'iris et qui a mis trois semaines à guérir. La malade est restée dans mon service pour attendre la guérison de son chancre, jusqu'au 30 mai dernier, et n'a eu, depuis sa syphilide et ses iritis, aucun accident sous mes yeux, et sa vue était bien conservée.

C... 39 ans, 32, Saint-Alexis, entrée avec un chancre parcheminé de la grande lèvre gauche et sous l'imminence d'une syphilide, a eu sous mes yeux, le 6 juin 1866, un mois après son entrée à l'hôpital, une syphilide miliaire qui a duré jusqu'à la fin de novembre, et a présenté cette particularité que le 13 juillet il y a eu une seconde poussée localisée au bras droit et à une moitié du tronc. Le mal a guéri en cinq mois et demi. Ici le mal est apparu plus tôt que chez la fille M..., et il a duré moins longtemps.

C... (Désirée), 34 ans, se disant malade depuis six semaines, est entrée le 6 juin 1867 avec des plaques muqueuses des lèvres, du cuir chevelu et des grandes lèvres, et une syphilide papulo-squammeuse confluyente, ainsi que des ulcérations du cuir chevelu : elle est sortie guérie du service le 21 décembre, ce qui fait six mois de durée pour la syphilide.

Enfin des syphilides tuberculeuse, serpiginieuse isolée que j'ai vues chez une malade G..., 24, Saint-Alexis, traitée par les badigeonnages avec la teinture d'iode, ont guéri en deux mois.

Toutes ces malades étaient soumises au régime tonique, aux bains salés et sulfureux ; leurs plaques ou leurs ulcères étaient cautérisés ou peints avec de la teinture d'iode ou couverts de pommade à l'huile de Cade ; en un mot, des bains et des traitements locaux secondaient le traitement tonique.

J'ai remarqué, Messieurs, qu'une seule des malades que j'ai vue atteintes de *syphilides papuleuses ou tuberculeuses confluentes* était revenue malade ; encore la syphilide était-elle disséminée au début. Les autres ont paru bien guéries, surtout lorsqu'elles n'avaient pas pris de mercure.

• Ceux qui ont fréquenté l'hôpital Saint-Louis savent que la grande

majorité des accidents tertiaires que l'on rencontre, surviennent chez des malades dans les antécédents desquels on ne retrouve point de ces syphilides papuleuses, confluentes. Il y en a cependant, je vous en ai cité l'année dernière, que j'avais empruntés à la thèse de M. Dubuc, et vous vous rappelez que le mercure avait été mis en usage.

Ceci me confirme dans cette opinion que le virus syphilitique s'élimine par la peau comme par le virus varioleux, sous forme d'éruption généralisée, et qu'il ne convient pas plus de donner un médicament pour faire pâlir l'éruption, pas plus qu'il ne convient de donner des purgatifs pour faire pâlir l'éruption des boutons varioleux.

J'ai observé trois fois des gomme; vous allez voir ce qu'elles ont duré.

P..., 48 ans, avait une gomme ramollie du dos du nez, grosse comme un gros pois, depuis trois semaines. Ce mal avait été traité en ville tout à fait au début par la liqueur de Van Swieten; une cuillerée à bouche tous les jours pendant trois semaines, parce que aucun traitement antérieur n'avait été fait. J'ai cautérisé la gomme, et en un mois de temps elle a été guérie; ce qui fait une durée de huit semaines. Seulement, comme pour faciliter la comparaison, une autre gomme s'est formée à côté de la première, et avait le même volume; je l'ai incisée et cautérisée, et elle a guéri en dix-sept jours.

La veuve K..., femme L..., 22 ans, est entrée à l'hôpital avec une perforation du voile du palais, au-dessus de l'amygdale droite causée par une gomme ulcérée depuis un mois. La malade avait eu, un an auparavant, des plaques muqueuses pour lesquelles elle ne s'était pas traité et qui s'étaient guéries seules. Le 21 mai 1867, au moment où la malade est entrée, la gomme devenait phagédénique. J'ai cautérisé la gomme avec le chlorure de zinc en solution, et j'ai donné 0,50 c. d'iodure de potassium par jour et du sirop d'iodure de fer; le mal était arrêté le 13 juillet, quand le mari de la malade est venu la chercher. Le 27 juillet, la malade est rentrée; le mal avait recommencé à s'étendre; j'ai cautérisé de nouveau, et la malade est sortie guérie le 31 août 1867. Il restait une petite perforation du voile du palais cicatrisée et qui ne gênait ni la parole ni la déglutition des liquides. J'ai revu cette malade depuis à la consultation, et la guérison s'était bien maintenue. Total, Messieurs, trois mois de traitement pour guérir une gomme ulcérée phagédénique du voile du palais.

La fille T..., 21 ans, est entrée le 21 décembre 1867 dans mon service, avec une gomme ulcérée de la jambe droite, longue et large comme la main et franchement phagédénique, plus une gomme ramollie se détachant au côté interne du genou. Le sirop d'io-

duze de fer, l'huile de foie de morue et l'iodure de potassium, plus les toniques ont été administrés. (Cette malade est une scrofuleuse qui, a déjà été deux fois dans mon service; j'ai donné son observation dans mon premier discours de l'année dernière); les plaies ont été cautérisées avec la solution saturée de chlorure de zinc et pansées avec un linge enduit de pommade à l'onguent de la mère. La cicatrisation de ce vaste ulcère et de la gomme ont demandé quatre mois pour s'achever; seulement de temps en temps, quand la malade se levait, la cicatrice s'ulcérait et j'étais obligé de revenir à de nouvelles cautérisations. La malade, qui avait eu la gale en entrant à l'hôpital, se grattait quelquefois, et quelques-uns des boutons qu'elle écorchait étaient devenus phagédéniques et avaient dû être cautérisés. Ils avaient demandé sept à huit jours pour être guéris. À côté de la grande cicatrice, une gomme, grosse comme une noisette, s'est formée. Dès que la peau a été un peu rouge, j'ai incisé et cautérisé, et la gomme a guéri en vingt-cinq jours. Dans les premiers jours de mai, le printemps a rendu la malade indocile; elle a voulu marcher et partir, quoiqu'elle eût encore une petite ulcération, grande comme une pièce de 20 centimes auprès de la cicatrice de la dernière gomme. La malade est sortie ayant néanmoins de l'embonpoint et de la fraîcheur.

Cette malade est la seule de mes 605 malades que j'ai vue revenir avec une gomme. C'est d'ailleurs une scrofuleuse, chez qui tous les accidents ont été graves, phagédénisme avec les accidents primitifs, phagédénisme avec les accidents secondaires, phagédénisme avec les accidents tertiaires.

Certes, malgré le bon état général de la malade, ce n'est pas un bel exemple. Mais, Messieurs, combien trouvez-vous de malades semblables et de beaucoup plus détériorées qui ont pris du mercure? Témoin la fille M..., que je vous ai signalée l'année dernière et qui avait des gommès et des exostoses, malgré deux années de traitement mercuriel. Rappelez-vous aussi une de ces malades qui ne guérissaient pas, que j'ai trouvée dans les observations de l'hôpital Saint-Louis, empruntées à notre collègue M. Lallier. Une malade, qui a des ulcères du voile du palais, à laquelle on donne pendant quarante jours du sirop de bi-iodure ioduré, et qui sort non guérie pour rentrer chez M. Lallier, et qui, après deux mois de traitement par le mercure et l'iodure de potassium, sort avec ses ulcérations agrandies après deux mois de séjour à l'hôpital.

Les iritis et la syphilis des femmes grosses sont-elles influencées favorablement par le mercure? Telle est la dernière question que je vais étudier devant vous.

Dans mon service, j'ai eu douze iritis et choroidites dont plusieurs chez la même malade. Avant la discussion de l'année dernière, j'ai donné le calomel à dose fractionné, en même temps que j'employais le collyre mydriatique et les vésicatoires aux tempes : trois iritis ainsi traitées ont duré douze à quinze jours.

Depuis dix-huit mois, persuadé que le calomel à dose fractionnée n'agit que comme dérivatif buccal, j'ai traité sans mercure par le collyre mydriatique, les vésicatoires aux tempes et les dérivatifs intestinaux, six iritis qui ont duré douze à quinze jours. Une de mes malades, M... (Anna), a eu une menace d'abcès de l'iris, pour lequel j'ai fait deux ponctions de la cornée; le mal a guéri en trois semaines, et la vision parfaite a été conservée malgré une synéchie peu étendue. Des iritis se sont transformées en choroidites chroniques chez trois malades. Deux fois chez des malades qui avaient pris 100 pilules de proto-iodure ou qui avaient subi deux mois de frictions mercurielles 30 frictions environ. Ces deux choroidites ont résisté aux révulsifs. Chez une malade il y avait des accès de douleurs glaucomateuses, pour lesquels le calomel à dose fractionnée a été employé sans succès et qui ont été arrêtés par trois ponctions successives de la cornée destinées à évacuer l'humeur aqueuse; chez cette malade, il y avait des synéchies qui existaient depuis le moment où l'on avait employé en ville les préparations mercurielles; chez l'autre malade la vue est demeurée faible, il reste une choroidite pigmentaire.

Chez une de mes malades, une choroidite a suivi une iritis. Cette malade est atteinte de lésions valvulaires du cœur consécutives; un ancien rhumatisme articulaire aigu; la vision est affaiblie, mais il n'y a pas de douleurs ni de congestion oculaires.

Je remettrai, à la prochaine séance, si M. le Président veut bien me réserver mon tour de parole, ce qui a trait à la syphilis de femmes grosses.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, Dr LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 17 JUIN 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin général de thérapeutique*. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*.

— Le *Bulletin de la Société de médecine pratique de Paris* pour 1867.

— Le premier fascicule du tome II du *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, de M. L. Wecker.

— *Report on the military and surgical Field Hospital Equipment at the universal Exhibition at Paris*, by Th. Longmoore, inspecteur général et professeur de chirurgie militaire. — In-4°. Londres, 1868.

COMMUNICATION.

Traitement de la syphilis.

M. DESPRÉS. Je termine aujourd'hui, Messieurs, ma statistique.

J'ai vu, pendant ces quinze derniers mois, 33 faits de syphilis chez des femmes enceintes. Je ne parlerai pas de la syphilis des enfants ; je n'ai pas besoin de fournir à cet égard de nouvelles preuves à l'appui de cette proposition que le mercure n'atténue pas la syphilis. Vous vous rappelez ce que je vous ai dit l'année dernière des faits de syphilis observés dans le Morbihan et que M. Depaul a publiés.

Sur mes 33 malades, 8 avaient été traitées par le mercure, 25 avaient été traitées, soit en ville, soit dans mon service sans mercure, et plusieurs de ces malades n'avaient fait aucun traitement.

Les 8 malades traitées par le mercure se sont comportées de la sorte :

1 malade, accouchée au dehors, est la seule qui ait amené à terme un enfant qui ait vécu. Il y a un an, la malade, atteinte de chancre, avait été traitée à Cologne par des pilules de mercure, pendant quatre semaines. La malade est accouchée hors de l'hôpital, à terme, d'un

enfant n'ayant rien, à qui une nourrice a été donnée et qui est mort syphilitique vers la sixième semaine.

2 malades qui avaient pris, une trois mois, l'autre un mois, des pilules de proto-iodure, ont avorté dans le quatrième mois.

1 malade, qui avait pris, quinze jours, deux pilules de proto-iodure par jour, accouche avant terme d'un enfant qui est mort au bout de dix jours avec des boutons sur le corps. Cette femme avait gagné la syphilis pendant sa grossesse.

1 malade, qui avait pris pendant quinze jours deux pilules de proto-iodure par jour, et du sirop de Cuisinier pendant quinze autres jours, accouche avant terme d'un enfant mort et macéré.

1 accouche à terme d'un enfant mort et ayant un placenta rempli d'hématomes. Le placenta a été très-difficilement arraché. Cette malade avait pris pendant trois mois des pilules de proto-iodure.

2 malades qui avaient pris, l'une douze jours, l'autre six semaines, des pilules, sont sorties enceintes de mon service sur leur demande.

25 malades n'avaient pas pris de mercure : voici ce qui est arrivé de leur syphilis et de leur grossesse.

4 sont accouchées à terme d'un enfant vivant, et sont sorties de l'hôpital avec leur enfant sain. Une malade, à ma connaissance, a perdu son enfant du muguet, une autre l'a perdu après qu'il eut eu quelques boutons sur le corps à trois mois.

3 ont avorté à six semaines, cinq mois et six mois et demi ; deux étaient en train d'avorter quand elles sont entrées dans mon service (je les compte néanmoins contre moi).

2 sont accouchées à sept mois passés d'un enfant mort.

6 sont accouchées un peu avant terme d'un enfant qui a vécu un, neuf ou trente jours. Une de ces malades est la fille T..., dont je vous ai parlé l'année dernière, je vous avais dit que j'essayerais d'amener son enfant à terme ; j'ai réussi, mais l'enfant était chétif, il y avait eu une hydropisie de l'amnios. La mère était d'ailleurs mauvaise nourrice.

L'enfant est mort d'inanition après avoir présenté du scléreme et des convulsions.

Dix malades sont sorties enceintes. Cinq n'étaient pas encore guéries de leurs plaques muqueuses, les autres étaient à peine guéries, et je ne les trouvais pas assez remontées. Une malade est accouchée à la Clinique chez M. Depaul et est sortie avec son enfant sain.

Si nous comparons, Messieurs, nous arrivons à des résultats tout à fait désavantageux pour le traitement mercuriel :

Par le mercure, 25 p. 100 d'avortements ;

Sans mercure, en comptant tous les cas mauvais à mon désavantage, 12 p. 100 seulement;

Avec le mercure un seul enfant amené vivant et viable, 12 p. 100.

Sans mercure, quatre enfants vivants et viables, soit 24 p. 100.

Vous voyez l'inégalité. Je n'en demandais pas tant; l'égalité suffit à démontrer que le mercure est inutile contre la syphilis des femmes grosses.

Qu'on ne m'objecte pas que le mercure n'a pas été bien donné, qu'il n'en a pas été donné assez, que les malades n'ont pas été bien suivies.

Vous avez vu une malade qui, avec quatre semaines de mercure pris au début de la grossesse, accouche d'un enfant vivant. Vous en voyez une autre qui avorte après un mois de l'usage des pilules de proto-iodure. Si quatre semaines de mercure ont eu de l'effet dans le premier cas, pourquoi un mois, trois mois, six semaines de mercure n'ont-ils rien produit dans les autres cas? S'il faut louer dans le premier cas les préparations mercurielles, il faut les accuser d'être impuissantes dans le second cas.

Le mercure d'ailleurs, administré par les mains les plus habiles, échoue journellement, et je n'ai qu'à consulter les antécédents des malades qui viennent dans mon service pour en avoir la preuve.

On peut voir encore aujourd'hui dans mes salles une malade à qui M. Guérin a sagement donné le mercure suivant les principes qu'il vous a exposés l'année dernière.

La nommée G... (Coralie), âgée de 18 ans, est entrée salle Saint-Alexis, n° 12, avec un assez bon aspect et présentant une récurrence de plaques muqueuses confluentes de la vulve.

Il y a un an, la malade était enceinte de cinq mois quand elle s'aperçut qu'elle avait du mal aux parties génitales. Elle est entrée à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Guérin, où elle a pris pendant six semaines tous les jours une pilule de proto-iodure pour des plaques muqueuses. Elle est sortie de l'hôpital guérie. Elle a pris, d'après le conseil du chirurgien, pendant deux mois encore, tous les jours une pilule de proto-iodure. Au neuvième mois de sa grossesse, la malade, prise de douleurs, est allée accoucher à l'hôpital Saint-Louis, dans la salle d'accouchements de cet établissement, et a mis au monde un enfant mort et macéré, dont la mort, au dire du médecin du service, m'a dit la malade, remontait à huit ou neuf jours. Six semaines après sa couche, la malade avait une récurrence de plaques muqueuses, pour laquelle elle est entrée dans mon service.

Ainsi, M. Guérin a administré le mercure avec prudence, et vous voyez le résultat.

Un autre fait encore :

Une de mes malades, la fille C..., qui a avorté chez moi, après avoir pris cent-vingt pilules de proto-iodure en trois mois, sort à peine relevée de couches. Trois mois après, elle a une récurrence de plaques muqueuses, et entre à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Guibout, qui administre pendant deux mois des pilules de proto-iodure tous les jours. La malade sort guérie comme elle était sortie guérie de ses plaques muqueuses après avoir avorté. Trois mois après, la malade avait de nouveau des plaques muqueuses, pour lesquelles elle est restée trois semaines chez M. Guibout, qui a administré des toniques. Deux mois après la malade avorte à six mois et elle avait encore des plaques muqueuses au moment où elle est arrivée pour accoucher à l'hôpital de Lariboisière, salle Sainte-Marthe, n° 6 bis.

Vous le voyez, Messieurs, le mercure est administré aussitôt après l'avortement. On ne pouvait pas le donner plus tôt pour prévenir un second avortement. Qu'en est-il résulté ? Un second avortement. En présence de pareils faits peut-on hésiter ? Remarquez que ce ne sont point là des observations de choix, des cas isolés, c'est tout ce qui a passé dans un grand service pendant quinze mois. A cet égard, vous le comprenez, pas plus que pour le reste, mes convictions n'ont pu être changées.

Encore un dernier mot pour ce qui a trait à la syphilis des femmes enceintes.

Chez ces malades, les plaques muqueuses durent quelquefois plus longtemps que chez les autres malades, surtout lorsque les femmes sont grasses et marchent beaucoup. C'est principalement chez les malades qui ont de l'œdème de la vulve qu'on observe ces phénomènes. La gêne de la circulation entrave la guérison des plaques muqueuses ; et cela est si vrai, que quand les malades avortent ou accouchent, pendant les dix ou douze jours qu'elles gardent le lit, les plaques disparaissent rapidement. Aussi ai-je pris l'habitude de tenir au lit, en même temps que je les cautérisais, les malades enceintes atteintes d'œdème des grandes lèvres et de plaques muqueuses rebelles.

Je conclus maintenant, Messieurs.

Les chancres indurés ou parcheminés guérissent en deux ou cinq semaines par les cautérisations et les cataplasmes.

Les plaques muqueuses guérissent par tous les traitements, pourvu qu'ils ne détériorent pas les malades, mais le repos et les cautérisations guérissent plus vite que tout autre moyen.

Les syphilides cutanées, miliaires précoces, papuleuses et tuberculo-ulcéreuses guérissent en trois mois au moins ou six mois au

plus, quand elles sont confluentes ; en un mois quand elles sont disséminées, sans que la santé générale s'altère, pendant qu'on fait suivre aux malades un bon régime et qu'on leur fait prendre des bains. Par guéries j'entends que les éruptions soient réduites à l'état de macules semblables aux macules de la variole dans les trois mois qui suivent l'éruption. Les syphilides tuberculeuses serpiginieuses, sans ulcérations profondes, guérissent en deux mois ou deux mois et demi par l'application de teinture d'iode sur les plaques tuberculeuses, ou par l'application de pommade à l'huile de cade ou d'huile de cade pure.

Les gommées ne résistent pas à des traitements locaux bien dirigés et à de l'iodure de potassium ou du sirop d'iodure de fer et de l'huile de foie de morue, chez les scrofuleux. Elles ont la durée habituelle des abcès froids, à moins que l'ouverture de la gomme ne devienne phagédénique et qu'on ne la cautérise pas.

Les iritis guérissent en douze ou quinze jours par un collyre mydriatique assez fort, 20 centigrammes d'atropine pour 40 grammes d'eau distillée, les vésicatoires aux tempes, les sinapismes aux cuisses, principalement chez les femmes, les pédiluves sinapisés et les dérivatifs sur le tube digestif. Le calomel à dose fractionnée, le proto-iodure à haute dose ne font ni mieux ni plus vite ; on substitue seulement, au dommage des dents, la dérivation buccale à la dérivation intestinale. S'il y a hypopion menaçant ou menace d'abcès de l'iris chez des malades dont le début de l'iritis a été négligé, les ponctions de la cornée hâtent la guérison. Mais je ne puis m'empêcher de dire que quand, de guerre lasse, après un certain temps de traitement par les révulsifs, on donne du proto-iodure, il ne faut pas prendre le temps où on donne ce médicament pour une période d'état de l'iritis, mais bien la considérer comme la période de résolution, qui, dans les iritis légères, dure sept jours, et quinze jours dans les iritis graves. Je tenais à prévenir mes collègues sur ce point, pour éviter encore des méprises.

Les femmes qui gagnent la syphilis au début de la grossesse avortent ou accouchent avant terme presque fatalement, comme toutes les malades atteintes de maladies graves à cette période de leur grossesse. On peut amener les enfants à terme : c'est ce que j'ai fait pour une malade dont je vous ai parlé l'année dernière, mais je n'ai pu faire vivre l'enfant, parce que la mère était une mauvaise nourrice. Les femmes qui gagnent la syphilis pendant leur grossesse amènent leur enfant à terme, mais il arrive de deux choses l'une : ou bien que l'enfant meurt d'inanition, sa mère étant une mauvaise nourrice, ou bien que la mère donne la syphilis à l'enfant, s'il ne l'avait pas déjà.

Les femmes cessent d'avorter quand la période des plaques muqueuses est passée, c'est-à-dire quand la syphilis, après plusieurs périodes expulsives, arrive à sa fin.

Lorsqu'on envisage, sans parti pris, les faits, on voit que le traitement mercuriel ne change rien à la marche ni à la durée des accidents, que, s'il fait quelque chose, c'est prolonger la période des plaques muqueuses, l'économie cessant de se réparer pendant qu'on administre le mercure.

Voici un exemple des plus remarquables qui justifie cette proposition.

La femme J..., 25 ans, domestique, traitée, il y a trois ans, à l'hôpital Saint-Louis, pour des plaques muqueuses, prend, pendant six mois, deux pilules de proto-iodure par jour; un an après, elle entre à l'hôpital de Lourcine pour une récidive de plaques muqueuses; M. Panas lui administre encore des pilules de proto-iodure pendant trois mois. A peine sortie, la malade rentre à l'hôpital de la Pitié où, pendant six semaines, il lui est administré, pour ses plaques muqueuses, six semaines de pilules que je crois être des pilules de sublimé, car la malade dit avoir eu, à ce moment, de grands maux d'estomac et une salivation assez grave.

Cette malade est entrée dans mon service le 20 février 1868; elle avait quelques plaques muqueuses à la vulve; mais ce n'était point là ce qui existait de plus grave : la malade avait de la dyspepsie et une gastralgie, des douleurs névralgiques multiples, de l'anémie et un tremblement mercuriel léger.

J'ai prescrit un régime tonique, des bains salés et sulfureux, de l'iodure de potassium à la dose de 0,50 par jour, des amers et du vin de quinquina, de l'huile de foie de morue. Au bout d'un mois, la malade était à peu près dans le même état, sauf qu'elle avait un peu plus d'appétit.

Le 14 avril, elle est prise d'une stomatite ayant tous les caractères de la stomatite mercurielle : c'était une stomatite mercurielle explosive, comme on en constate aujourd'hui, et M. Sée l'a rappelé à son cours, chez les individus atteints de cachexie mercurielle longtemps même après qu'ils ne manient plus de mercure.

Quelques jours après, la malade se trouvait mieux, et je remarquais qu'il était sorti, sur la tempe et le cou, du côté gauche, une éruption assez discrète de syphilide papuleuse. Le tremblement disparaissait, et l'état général de la malade devenait très-sensiblement meilleur à tel point que, quinze jours après, la malade demandait à quitter l'hôpital. Je la laissai partir, en lui recommandant l'usage des toniques et des bains sulfureux. Pendant les derniers temps de son séjour

dans mes salles, la malade avait repris des couleurs et de l'ambon-point.

Enfin, Messieurs, la syphilis étant une maladie infectieuse, analogue à la morve, la variole et l'infection purulente, se gagnant comme elles par une inoculation, n'a, pas plus que ces autres maladies, de contre-poison spécifique. Comme l'infection purulente et la morve, elle ne paraît pas après un accident local unique obligé. La syphilis entre tantôt avec un chancre, tantôt par une érosion chancreuse ou par une écorchure qui n'est suivie d'aucun accident local inflammatoire, ou par une lymphangite vulvaire autour d'une écorchure inoculée. De cette comparaison il ressort assez que, malgré des manifestations différentes, le mal est analogue dans les trois cas; et si les deux premières maladies n'ont point de contre-poison spécifique, il n'en est pas un pour la syphilis. Tout le traitement physiologique de ce mal consiste à traiter scrupuleusement les accidents locaux, à entretenir les fonctions de la peau, organe habituel de l'élimination du sang contaminé, et à soutenir la nutrition par un traitement tonique et réparateur.

Est-ce à dire qu'on prévient ainsi toujours et sûrement les accidents graves? Non, Messieurs. Il est des malades chez lesquels la syphilis se plante sur un terrain déjà mauvais : ici chez un tuberculeux, là sur un rhumatisant, ailleurs chez un scrofuleux; ajoutez le misérable qui, depuis longtemps, a une nourriture insuffisante. Les toniques sont encore ici, cependant, ce qu'il y a de mieux indiqué : mais seront-ils suffisants? Jusqu'ici, j'ai lieu de croire qu'unis à de bons traitements locaux, ils réussissent à atténuer les accidents même graves. Mais je dois faire encore une réserve : il faut que ce traitement soit secondé par le repos et la tranquillité.

Une dernière remarque encore, et j'ai fini. La syphilis qui atteint les adolescents est moins grave que celle qui frappe les individus âgés. J'ai suivi des malades qui avaient gagné la syphilis à l'âge de 16, 17 et 18 ans. Depuis deux ans je les vois, elles n'avaient eu aucun accident autre que des plaques muqueuses et une syphilide papuleuse légère; la durée de leur mal n'avait pas dépassé quinze semaines, et depuis, elles ont toutes les apparences de la santé. Une, en un an, a eu des plaques muqueuses, des syphilides et quelques petites gommès douteuses. Depuis les derniers accidents, arrivés il y a seize mois, elle n'a rien eu et rien donné, et elle a toutes les apparences de la santé. Chez les vieilles femmes, au contraire, les maux sont plus rebelles. Ah! c'est que l'on ne se répare pas à quarante ans comme à vingt. A cet âge, en effet, la nutrition s'effectue avec une rapidité merveilleuse,

et je serais tenté de dire à ceux qui auront la mauvaise fortune de gagner la syphilis : Si vous attrapez la vérole, au moins que ce ne soit pas après vingt-cinq ans.

COMMUNICATION.

Sur la pilimiction et le trichiasis des voies urinaires.

M. BAUCA. J'ai été consulté, il y a environ quinze jours, par un malade de Roanne, âgé de 61 ans et atteint, depuis trois ans et demi, d'une affection des voies urinaires. Au début, il constata d'abord l'issue, par le méat urinaire, d'une matière qu'il prit pour du liquide séminal; mais son médecin reconnut bientôt qu'il s'agissait surtout d'une affection de la vessie, caractérisée par « des envies fréquentes d'uriner, des mictions douloureuses et des urines qui renfermaient du sable fin, des mucosités filantes et des poils. » (Note du docteur Tauchet, de Roanne.) Un voyage à Contrexéville fut suivi d'une amélioration passagère. Plus tard, le malade, craignant d'être atteint de la pierre, alla consulter M. Valette, de Lyon, qui le sonda et ne trouva aucun calcul.

Les mêmes accidents, avec diverses alternatives, ont persisté jusqu'à ce jour. Au mois de février dernier, la défécation était devenue douloureuse. M. Tauchet constata l'existence d'une tuméfaction uniforme de la prostate.

Le malade, après m'avoir fourni les renseignements qui précèdent et quelques autres peu importants, m'a montré quelques fragments de poils qu'il a rendus avec ses urines. Dans la même boîte, se trouvaient de petits fragments d'une matière calculeuse qu'il avait recueillis, à diverses reprises, au fond de son vase. Plusieurs médecins de Paris avaient déjà vu cette espèce de sable et n'avaient manifesté aucune surprise, sachant que l'existence des dépôts sablonneux est habituelle dans les cas de pilimiction. Mais, en examinant de plus près le contenu de la boîte, j'y trouvai, au milieu des grains calculeux proprement dits, deux petites lamelles dures, sèches, minces, coquillées et semblables aux débris de la coquille d'un tout petit mollusque. Je jugeai que ce devait être des fragments de lamelles osseuses.

Interrogés avec soin, le malade et sa femme me racontèrent alors qu'à plusieurs reprises, des lamelles semblables et même plus grandes avaient été rendues avec les urines. Ils avaient cru que c'était une forme particulière de gravelle. Lorsque je leur demandai s'ils n'avaient jamais vu de fragments plus volumineux que l'on pût comparer à des morceaux d'os, ils répondirent négativement et parurent étonnés de

ma question. Ils n'avaient jamais vu, dirent-ils, que des fragments très-petits, à l'exception d'une pierre du volume d'un petit pois, *laquelle était très-dure*. Cette pierre avait des contours irréguliers, mais arrondis; elle était polie, veinée de blanc et de gris très-clair, et ressemblait à un morceau de marbre poli. Supposant qu'il s'agissait d'une dent rudimentaire, j'insistai beaucoup pour voir ce fragment, que le malade croyait avoir apporté avec lui; mais il ne put retrouver la petite boîte dans laquelle il le conservait.

Malgré ce contre-temps, je crus pouvoir diagnostiquer un cas de pilimiction provenant de l'ouverture d'un kyste fœtal de la vessie. Pour compléter mon examen, je voulus introduire dans l'urèthre une sonde d'argent. Le malade s'y opposa, parce qu'il avait trop souffert, disait-il, dans les cathétérismes auxquels il avait été précédemment soumis, mais il me confia du moins la boîte où il conservait les corps qu'il avait rendus avec ses urines, et je pus ainsi examiner ces corps au microscope.

J'ai fait cet examen à l'hôpital, en présence de mes élèves, à qui j'avais d'abord exposé mon diagnostic. L'un des fragments de lamelles recourbées, dont j'ai parlé plus haut, fut placé sur le porte-objet : il était assez mince pour être transparent; lorsqu'il fut humecté, il se laissa redresser aisément par la pression de la plaque supérieure, et nous pûmes constater alors qu'il s'agissait réellement d'un fragment de squelette.

J'ai conservé cette préparation, qui est actuellement déposée sur le porte-objet du microscope de la Société. Chacun de vous peut l'examiner. Ce n'est pas du tissu osseux véritable, mais bien une lamelle de cartilage dont la gangue est incrustée d'une grande quantité de granulations calcaires. Les cellules de cartilage présentent l'aspect le plus caractéristique : elles sont très-nombreuses, très-rapprochées et présentent les caractères que l'on rencontre dans les cartilages embryonnaires. Ce cartilage embryonnaire s'est incrusté de sels calcaires, mais n'a pas subi une ossification régulière; en devenant ferme, dur, cassant et opaque comme une lamelle d'os, il a conservé ses éléments microscopiques, de sorte qu'il n'existe pas d'ostéoplaste dans le fragment soumis à votre examen. Dans les points les moins transparents, là où les dépôts calcaires sont le plus abondants, les cavités du cartilage sont déformées, ratatinées; mais, en les étudiant avec soin, on voit que ce ne sont pas de véritables ostéoplastes.

Il suffit, d'ailleurs, qu'un fragment de cartilage embryonnaire ait été rendu avec les urines, pour que nous soyons autorisés à dire que la pilimiction est due à la communication établie entre les voies uri-

naires et un kyste fœtal. Le fait deviendrait plus intéressant, mais le diagnostic ne serait pas plus certain si le malade retrouvait le petit corps dentiforme que je considère, sans l'avoir vu, comme étant probablement une dent rudimentaire, et si l'examen microscopique y démontrait l'existence des tissus dentaires.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que j'ai également examiné au microscope l'un des poils contenus dans la boîte, et constaté que c'est un poil bien caractérisé, un poil humain. Si l'on m'objectait que le malade a pu, comme plusieurs autres dont on connaît l'histoire, introduire des poils dans son urine pour s'amuser à tromper les médecins, je répondrais qu'il s'agit ici d'un homme âgé et sévère, incapable de supercherie, et que, d'ailleurs, les débris de squelette que j'ai trouvés dans sa boîte, à son grand étonnement, suffisent parfaitement pour établir le diagnostic.

Ce cas diffère de ceux qui sont connus jusqu'ici par plusieurs particularités intéressantes : d'abord, l'âge où les accidents ont débuté (57 ans); — ces accidents se montrent, en général, beaucoup plus tôt; deux fois seulement ils ont commencé à 51 et 52 ans, jamais plus tard; — puis l'expulsion, à l'extérieur, de divers fragments de squelette et probablement d'une dent. Delpech a extrait une fois, de la vessie d'une jeune femme, après avoir dilaté l'urèthre, un corps gros comme un œuf de poule, où l'on trouva des poils implantés sur un lambeau de peau, et un petit os irrégulier dans lequel était fixée une petite dent. Mais, jusqu'ici, les malades n'avaient expulsé spontanément que des poils. Enfin, le point le plus saillant de mon observation, celui qui en fait la principale importance, c'est que *le sujet est un homme*, et que cependant la pilimiction provient d'un kyste fœtal.

Pour montrer l'importance de ce fait, je résumerai l'histoire de la question de la pilimiction. On trouve dans la science un assez grand nombre d'observations qui s'y rapportent, mais le seul travail d'ensemble est celui que Rayer a publié, en 1850, dans les *Mémoires de la Société de biologie*.

Il a cru devoir admettre, comme ses prédécesseurs, deux sortes de cas se rattachant, les uns à la *pilimiction* proprement dite, les autres au *trichiasis* simple ou essentiel des voies urinaires. Le trichiasis est constitué par des poils nés sur la muqueuse urinaire : la pilimiction est symptomatique d'un kyste fœtal ouvert dans la vessie.

En admettant cette distinction, Rayer ne s'est pas dissimulé qu'il y avait lieu de se mettre en garde contre diverses causes d'erreur. Des poils peuvent être introduits dans la vessie à travers l'urèthre, et

simuler un trichiasis. Ainsi, Civiale a signalé l'introduction involontaire de poils détachés du pubis, égarés sur le méat urinaire, et poussés par une sonde jusque dans la vessie, surtout chez les malades qui se sondent eux-mêmes. Dans un cas cité par M. Paget, et où l'ouraque persistant faisait largement communiquer la vessie avec l'extérieur, on trouva, au centre d'un calcul vésical, un poil *unique* qui était probablement tombé dans la vessie à travers cette ouverture.

D'autres fois, ce sont des femmes aux goûts bizarres, qui se sont introduit des mèches de poils dans la vessie. Tel fut le cas célèbre qui donna lieu, au dernier siècle, à une correspondance entre Hans Sloane et Leuwenhoeck. Une dame, d'un âge respectable, rendit une touffe de poils qui fut envoyée à Leuwenhoeck. Celui-ci constata, au microscope, que ce n'était pas des poils, mais de la laine, et qu'au milieu de cette touffe de laine, il y avait de tout petits fragments de bois et de paille, toutes choses qui ne peuvent s'engendrer dans l'intérieur du corps. Un autre cas, plus piquant, a été publié par M. Cruveilhier.

Un chirurgien anglais montra, le 23 juillet 1814, à la clinique de M. Dupuytren, un calcul qui avait pour noyau une longue mèche de cheveux, et qui avait été retiré, à Londres, de la vessie d'une dame. Comme la couleur de la mèche différait de celle des cheveux de la malade, que celle-ci était, d'ailleurs, « une dame de qualité, de mœurs pures, » et qu'elle assurait, en outre, ne s'être jamais rien introduit dans la vessie, le chirurgien était persuadé que la mèche s'était formée dans cet organe; mais il fut reconnu, plus tard, que les cheveux étaient liés par un fil, ce qui n'a pas besoin de commentaires.

Rayer signala, en outre, une cause d'erreur d'un ordre tout différent : il cita des cas où des filaments filiformes avaient été rendus par l'urèthre et où il avait été reconnu, grâce à un examen plus attentif, et surtout à l'aide du microscope, que ces filaments étaient constitués par des mucosités incrustées de sels calcaires, sans aucune trace de poils.

Éliminant ainsi bon nombre de cas de trichiasis des voies urinaires, il ne poussa pourtant pas le scepticisme jusqu'à nier l'existence de ce trichiasis. Il admit donc, comme deux espèces parfaitement distinctes, le trichiasis et la pilimiction, et s'efforça de chercher des faits propres à établir la réalité de ces deux affections.

Pour la pilimiction, la démonstration fut facile : il y avait en effet, dans la science, sans parler de plusieurs cas qui n'étaient que probables, cinq observations bien positives : trois avaient été complétées par l'autopsie : c'étaient celles de de la Rivière, d'Hamelin et de Philipps. Dans ces trois cas, après avoir constaté l'existence de la

pilimiction pendant la vie, on avait trouvé, à l'autopsie, des kystes fœtaux très-évidents, ouverts spontanément dans la vessie.

Deux autres faits, quoique non suivis d'autopsie, n'étaient pas moins concluants : c'était d'abord celui de Delpech, que j'ai déjà indiqué. La masse que ce chirurgien enleva de la vessie à travers l'urèthre dilaté renfermait, comme on l'a vu, des poils, de la peau, un os et une dent qui provenaient manifestement d'un kyste fœtal. L'autre cas était emprunté à la pratique de notre collègue, M. Larrey. Une femme de 33 ans vit persister, après sa troisième grossesse, une tumeur du volume d'un œuf de poule, qui occupait la fosse iliaque gauche. Cette tumeur devint plus tard le siège d'une inflammation douloureuse, puis elle suppura et s'ouvrit à la fois à l'extérieur, vers la partie gauche de l'hypogastre, et à l'intérieur, dans la vessie. Des poils et de la matière grasse furent rejetés à la fois par l'urèthre et par les fistules hypogastriques. Ayant constaté, avec la sonde, l'existence d'un volumineux concrétus calculeux dans la vessie, M. Larrey élargit d'abord, par une incision, la fistule extérieure, pénétra dans une cavité kystique, où il trouva une mèche de cheveux, puis découvrit profondément une ouverture qui communiquait avec la vessie, débrida cette ouverture et parvint ainsi dans la vessie, d'où il retira un volumineux calcul formé autour d'un amas de poils. La malade guérit comme celle de Delpech, mais ces deux faits sont aussi concluants que des autopsies.

L'existence de la pilimiction symptomatique de kystes fœtaux ouverts dans la vessie étant ainsi démontrée par des faits anatomiques incontestables, Rayet s'occupa de réunir des faits relatifs au trichiasis simple; mais ici, les observations anatomiques lui firent presque entièrement défaut. Pour toute preuve il ne trouva, dans la science, qu'une phrase de Bichat qui, parlant des poils des membranes muqueuses, avait dit : « On en a vu dans la vessie, l'estomac, les intestins. Divers auteurs en citent des exemples. *J'en ai trouvé sur des calculs des reins.* » Cette assertion sommaire est d'autant plus loin de constituer une preuve, qu'on connaît aujourd'hui les faux poils ou filaments filiformes des voies urinaires, et que Bichat ne donne aucun détail propre à montrer qu'il ait échappé à cette cause d'erreur.

Rayet avait le sens trop droit pour édifier, sur une base aussi fragile, la théorie du trichiasis urinaire essentiel. Il reconnaissait que, dans tous les cas où la cause de la présence des poils dans l'urine avait pu être anatomiquement constatée, on avait trouvé qu'il s'agissait de kystes fœtaux, et il faisait bon marché de l'assertion sans

preuves de Bichat. Il était naturel, d'après cela, de se demander si les cas où la guérison des malades, où l'interdiction de l'autopsie avait empêché de découvrir l'origine des poils urinaires, n'étaient pas de même nature que ceux où l'existence d'un kyste fœtal avait été constatée. Pourquoi donc continua-t-il à admettre résolument la réalité du trichiasis simple, et pourquoi son travail a-t-il contribué à dissiper les doutes conçus déjà par plusieurs de ses prédécesseurs? Ceci se rattache à une question d'un tout autre ordre, que je n'ai pas l'intention de traiter ici, l'origine des kystes fœtaux. C'est un fait bien connu que ces kystes sont très-communs dans l'ovaire, et on est assez généralement disposé à les considérer comme des produits de conception ovarique. Pour ma part, ayant eu plusieurs fois l'occasion de trouver dans l'ovaire de petites filles encore éloignées de l'âge de la puberté, des kystes fœtaux en tout pareils à ceux qui, après la puberté, sont considérés comme des produits de conception, je suis convaincu que la plupart de ces kystes datent de la vie embryonnaire, soit qu'on veuille les rattacher à la théorie de l'inclusion fœtale, ou que, suivant une opinion qui me semble bien plus probable, on les attribue simplement à une hétérotopie, consécutive à la constitution défectueuse d'un germe unique; et ce qui dépose surtout contre l'hypothèse d'une grossesse ovarique, c'est que l'on a trouvé chez l'homme, dans un grand nombre de régions du corps, y comprise la région abdominale, des kystes fœtaux tout à fait semblables à ceux de l'ovaire.

Mais Rayet était de ceux qui considéraient les kystes fœtaux ovariques comme des produits de conception. Il était donc disposé à croire que la pilimiction symptomatique des kystes fœtaux ne pouvait se présenter que chez les femmes déjà pubères. Or, il se trouvait précisément que les cinq cas où la cause de cette pilimiction symptomatique avait été anatomiquement démontrée, étaient relatifs à des femmes pubères ou mariées. Cette circonstance paraissait décisive, et si la pilimiction symptomatique était toujours due à un produit de conception ovarique, il fallait bien trouver une autre explication pour les cas où les poils urinaires avaient été rendus par des sujets du sexe masculin ou par des filles encore impubères.

Ce fut ainsi que Rayet fut conduit à maintenir, comme une espèce bien différente de la pilimiction, le trichiasis essentiel des voies urinaires, auquel il rattache presque tous les faits cliniques sans autopsie. Il aurait peut-être mis plus de réserve dans l'interprétation de ces faits, s'il avait su que la pilimiction véritable, la pilimiction fœtale, peut exister chez l'homme aussi bien que chez la femme.

L'observation que je viens de vous communiquer tire donc son

importance du sexe du malade sur lequel je l'ai recueillie. Je ne me crois pas autorisé, pour cela, à nier l'existence du trichiasis essentiel. Il est démontré que des poils peuvent se former accidentellement sur plusieurs points de la muqueuse digestive, non-seulement chez les herbivores et chez le chien, mais encore chez l'homme. Il n'y a donc aucune raison pour nier *a priori* la possibilité d'une production de poils par la muqueuse urinaire. Mais, en fait, les preuves directes de cette possibilité nous font défaut jusqu'ici. On n'en avait qu'une preuve indirecte, tirée de la présence des poils dans l'urine des individus du sexe masculin, et le fait que j'apporte ôte toute valeur à cette preuve. Je crois donc pouvoir conclure, de mon observation, que l'existence du trichiasis essentiel des voies urinaires n'est pas encore démontrée.

COMMUNICATION.

Luxation coxo-fémorale.

M. TILLAUX. Les luxations coxo-fémorales sont assez rares, l'occasion d'en faire la dissection se présente assez peu souvent pour que j'aie pensé qu'il y avait quelque intérêt à vous communiquer le fait suivant. Ce fait, du reste, n'est pas simple, et me paraît de nature à soulever plusieurs questions importantes de pratique chirurgicale que je désire soumettre à votre appréciation.

En voici d'abord la relation : J. Nicolas, âgé de 29 ans, cocher à Paris, subit au mois de novembre 1867 un traumatisme sur lequel je n'ai pu avoir des détails. Je ne saurais non plus préciser la date. Il fut traité pour une contusion de la hanche gauche d'abord par les cataplasmes, puis par les vésicatoires volants. Après plusieurs semaines, il put se lever et marcher, mais très-péniblement et avec une claudication énorme. Le 13 mai 1868, c'est-à-dire cinq mois au moins après l'accident, il eut l'idée de venir consulter, à l'hôpital de la Pitié, et le même jour il entra dans le service de M. Broca. Notre collègue n'eut pas de peine à reconnaître une luxation coxo-fémorale en arrière : il propose au malade une tentative de réduction qui fut acceptée. M. Broca se servit de l'appareil de M. Mathieu, et fit sur le membre inférieur une traction de 240 kilogrammes. Il obtint un allongement considérable du membre, mais la réduction ne put être effectuée, et la tête du fémur reprit sa place. Aucun accident ne survint à la suite de cette opération, et le malade sortit, sur sa demande, de l'hôpital, le 21 mai, c'est-à-dire huit jours après son entrée.

Qu'a fait le malade après sa sortie de l'hôpital ? A-t-il travaillé ?

S'est-il fatigué? C'est probable, mais je n'ai pu avoir de renseignements à cet égard. Toujours est-il qu'il se présentait quinze jours plus tard, le 5 juin, à l'hôpital Saint-Antoine, où il fut admis dans le service de M. le docteur Lorain. Notre collègue constata un empatement considérable de la hanche gauche et une péritonite caractérisée par du ballonnement, une douleur abdominale intense, des vomissements incoercibles, etc. Le malade succombait le lendemain de son entrée 6 juin.

M. Lorain, que je remercie vivement, a bien voulu me confier l'autopsie de son malade, et j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux la pièce pathologique.

La mensuration pratiquée sur le cadavre donne 9 centimètres de raccourcissement. La rotation en dedans n'est pas très-prononcée, mais il est possible de l'exagérer, tandis que toute rotation en dehors est impossible. La tête du fémur fait en arrière une saillie mobile très-appréciable à la vue et au toucher. Le grand fessier, disséqué, est notablement atrophié. Au-dessous de lui se trouve immédiatement la tête du fémur et sa nouvelle capsule. La tête baigne dans le pus qui remplit la capsule, le muscle moyen fessier est infiltré du même liquide, et la fosse iliaque externe en est remplie. Le pus occupe également l'ancienne cavité. Le muscle obturateur externe, le trou sous-pubien et le muscle obturateur interne présentent le même aspect, c'est-à-dire qu'ils sont en contact de toute part avec le liquide purulent. En ouvrant l'abdomen, on constate une péritonite généralisée; mais beaucoup plus intense dans le petit bassin par où elle doit avoir débuté. La marche a donc été la suivante : inflammation de la nouvelle articulation, extension à l'ancienne, puis à l'obturateur externe, à l'interne, et enfin au péritoine.

Situation de la tête du fémur. — La tête du fémur siège au-dessus et en arrière de la cavité cotyloïde, au-dessous de l'échancrure sciatique au niveau de l'épine sciatique. C'est donc une luxation du fémur en arrière, variété ischiatique de Malgaigne, ilio-ischiatique de M. Nélaton, sacro-sciatique de Gerdy. Une dépression très-légère existe sur l'os iliaque dans le point correspondant à la pression de la tête. Cette tête n'a subi aucune altération, elle a conservé son volume et sa forme, et est recouverte complètement de cartilage.

La nouvelle capsule s'est formée aux dépens des muscles du voisinage et principalement du grand fessier. On y trouve du tissu fibreux de formation nouvelle, et de plus toute la partie antérieure de l'ancienne capsule. Par suite du mouvement de rotation de la tête, en dehors et en arrière, cette portion de capsule, normalement oblique en

bas, est devenue transversale et constitue une bride extrêmement résistante. Un fait remarquable, c'est l'existence au milieu de la capsule, dans le point correspondant à l'extrémité de la tête, d'une sorte de cupule osseuse perforée à son centre, arrondie, de 6 centimètres de diamètre environ, et s'emboltant exactement avec le sommet de la tête fémorale. Cette capsule osseuse est-elle de formation nouvelle? Où bien est-elle une portion du fond de la cavité cotyloïde détachée au moment de la luxation? Je penche pour cette dernière opinion; mais c'est un point délicat sur lequel j'appelle l'attention de mes collègues.

L'ancienne cavité cotyloïde est presque complètement obturée par les débris de la capsule primitive et par les produits fibreux de formation nouvelle.

Les rapports de la tête avec les muscles sont les suivants : elle est immédiatement recouverte par le grand fessier, au-dessus d'elle se trouvent le moyen fessier, le pyramidal, l'obturateur interne, et les jumeaux; au-dessous d'elle, l'obturateur externe et le carré crural; ce qui signifie qu'au moment de la luxation, après avoir brisé la capsule en arrière, la tête s'est échappée entre le muscle obturateur interne en haut et le carré crural en bas.

Quant aux nouveaux rapports du grand trochanter avec les saillies osseuses du bassin, la situation seule de la tête du fémur les fait suffisamment pressentir sans que j'y insiste.

Quels ont été les obstacles à la réduction tentée par M. Broca? Je pense, messieurs, qu'on ne saurait conserver de doute à cet égard. J'ai enlevé tous les muscles en ne conservant que la capsule, et il m'a été impossible d'obtenir le moindre semblant de réduction avec une forte traction. C'est cette portion de l'ancienne capsule signalée plus haut formant une énorme bride transversale, tendue de l'épine iliaque antéro-inférieure au grand trochanter, qui constituait sinon l'unique, du moins l'essentiel obstacle à la réduction, et la preuve, c'est qu'il m'a suffi d'en détacher une portion à son insertion fémorale pour obtenir de suite le dégagement de la tête.

Si les tractions pratiquées sur le membre avaient pu détruire ces obstacles, la réduction eût-elle été possible? On aurait certainement réussi, ainsi que je vous le montre, à mettre en regard la tête fémorale de la cavité cotyloïde, mais il me paraît résulter de l'examen de la pièce, que la coaptation ne pouvait se faire puisque le cotyle est presque entièrement comblé.

Permettez-moi, messieurs, en terminant, d'adresser à la société deux questions :

1° Jusqu'à quelle époque est-on autorisé à tenter la réduction d'une ancienne luxation en général, celle de la hanche en particulier ?

2° Quelle est la limite de traction que le chirurgien ne doit pas dépasser sans danger pour le malade ?

La séance est levée.

Le secrétaire, D^r LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 24 JUIN 1868

Présidence de M. LEGOUÉST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

(La correspondance de ce jour ayant été perdue à l'imprimerie, manque au bulletin.)

M. Ciniselli, de Crémone, adresse à la Société la lettre suivante :

anévrisme de la carotide primitive

« C'est par la publication du bulletin de la Société de chirurgie que je viens d'apprendre la courte discussion touchant mon observation de l'anévrisme de la carotide guéri par la compression directe, présentée de ma part par le vénérable et regretté M. Velpeau. C'est à ce propos que j'adresse maintenant quelques mots à l'honorable Société.

« L'observation, comme l'a dit M. Velpeau, est des plus intéressantes, et il est bien naturel que la guérison inespérée ait fait douter le savant professeur, de la blessure de la carotide, et penser qu'il s'agissait de la blessure de l'une de ses branches. Ce doute, partagé par M. Le Fort, l'a été, peut-être, par beaucoup d'autres ; je l'avais conçu moi-même en présence de la maladie qui m'occupait.

« En effet, les symptômes objectifs ne m'assuraient pas quelle était l'artère blessée, et j'ai manifesté mes doutes aux collègues que j'avais réunis en consultation, m'appuyant sur la position de la tumeur, qui déposait plus pour la blessure de la thyroïdienne supérieure ou de l'artère linguale à leur origine, que de la carotide. La compression de

l'artère au-dessous de la tumeur ne pouvait apporter plus de précision au diagnostic, comme elle n'aurait pu exclure absolument le doute de M. Le Fort, que l'anévrisme eût été de l'artère vertébrale.

« C'a été la régression de la maladie et sa guérison même, qui nous ont éclairé sur son véritable siège. Lorsque la tumeur a été réduite à la grosseur d'une noisette, et puis à celle d'un petit noyau durci, on apercevait bien qu'elle tirait son origine de la carotide primitive à sa partie supérieure. La même chose a été constatée avec plus d'évidence onze mois après la guérison obtenue, lorsque, la tumeur étant complètement disparue, il ne restait plus qu'une petite nodosité inégale, aplatie, siégeant à la partie supérieure de la carotide primitive.

« Le sujet dont il est question, dans le cours de sa maladie et après la guérison, a occupé l'attention des chirurgiens les plus distingués et compétents de Côme et de Crémone.

« J'espère que la Société, qui contribue avec tant de succès au progrès de la pratique chirurgicale, voudra bien accueillir les renseignements que j'ai l'honneur de soumettre à son appréciation. »

Crémone, 10 juin 1868.

DISCUSSION.

Luxations de la hanche.

M. BROCA. Le malade de M. Tillaux ne présentait aucune ecchymose; il voulut sortir dès le deuxième jour, je ne pus le retenir que jusqu'au cinquième, et probablement il se livra au travail, ce qui paraît avoir amené la péritonite dont il est mort.

La pièce présente une particularité remarquable; la capsule est doublée d'une cupule osseuse que M. Tillaux tend à regarder comme le fond de la cavité cotyloïde détaché par une fracture. Or, le malade a vécu cinq mois, et ce temps est plus que suffisant pour permettre la diminution de la cavité cotyloïde, par conséquent on ne peut s'appuyer sur cette rétraction.

L'os nouveau est étendu comme surface et non comme épaisseur; l'épaisseur seule exige du temps; l'étendue en surface ne laisse rien préjuger comme temps, car le travail d'ossification peut débiter, non par un seul point, mais par toute la largeur de la capsule.

Quelle est la variété à laquelle appartient cette luxation? Gerdy est celui qui a le mieux classé les luxations en arrière. Dans ses trois variétés se trouve la luxation sacro-sciatique, que MM. Malgaigne et

Nélaton ont éliminée. C'est à cette variété que nous avons à faire, et si je ne la diagnostiquai pas tout d'abord, je la diagnostiquai pendant la réduction.

M. Tillaux a soulevé plusieurs questions. Jusqu'à quelle époque peut-on faire la réduction? Je suis convaincu que la luxation sacro-sciatique doit devenir promptement irréductible, peut-être, comme le dit Malgaigne, après quinze jours, et je crois qu'après cette époque il faut s'abstenir, et je me serais abstenu si le diagnostic avait été fait avant et non pendant les tentatives.

M. Tillaux demande aussi jusqu'à quel degré de traction on peut aller. Je suis allé jusqu'à 240 kilogrammes, limite que je ne crois pas qu'il faille jamais dépasser. Ai-je eu tort d'aller jusque-là? Je ne le crois pas, le malade n'ayant éprouvé les jours suivants aucun accident, et pour ainsi dire aucune douleur.

M. CHASSAIGNAC. Je pense que cinq mois sont suffisants pour amener le rétrécissement de la cavité cotyloïde, à moins qu'il n'y ait eu lésion de l'os lors de la luxation. Je repousse les extensions longitudinales et crois qu'il ne faut employer que les mouvements de rotation.

Quant à l'étendue de la force employée, s'il est utile de la mesurer pour ne pas aller trop loin, cette mensuration ne sert à rien dans chaque cas particulier, car telle force de 80 kilogrammes pourra amener des accidents, alors que dans la généralité des cas on peut aller jusqu'à 240.

M. TILLAUX. Je crois que la production osseuse est de date ancienne et a été arrachée de la cavité cotyloïde lors de la luxation. L'examen de la pièce montre un grand nombre d'ostéoplastes parfaitement formés, et les os de nouvelle formation ne les présentent ni avec cette quantité, ni avec cette perfection de forme.

Je désire surtout attirer l'attention sur la classification des luxations de la hanche. M. Broca dit que toutes les fois que la tête sort au-dessous de l'obturateur interne et du pyramidal, elle est bridée par ces deux muscles et retenue en bas, et ne peut devenir iliaque. J'ai cherché sur le cadavre par quel interstice musculaire sort la tête du fémur; dans toutes mes expériences, la tête est sortie au-dessous du pyramidal, et je ne crois pas qu'elle puisse jamais sortir au-dessus de ces muscles. (M. Tillaux fait sa démonstration sur une pièce récemment préparée.)

De plus, ce qui limite l'ascension de la tête, ce ne sont pas les muscles, c'est la capsule, et si dans la luxation iliaque la réduction est plus facile, c'est que la production de cette luxation exige la déchirure plus complète de la capsule.

M. BROCA. La lamelle osseuse est, comme le dit M. Tillaux, composée de corpuscules osseux disposés de telle sorte qu'elle paraît être de formation plus ancienne que ne permet de la soupçonner M. Tillaux. Mais comment expliquer le mécanisme de l'arrachement du fond de la cavité cotyloïde et, si le fond de la capsule a été arraché, comment expliquer que la cavité qui devait être élargie est au contraire rétrécie?

Quant à ce qu'a dit M. Chassaignac, je ne puis répondre que ceci : nous n'allons pas jusqu'à 240 kilogrammes sans regarder ce qu'il en advient du côté de la luxation, mais nous nous servons du dynamomètre pour être certain de ne pas dépasser les limites de la prudence.

La limitation du déplacement peut bien être causée par les ligaments dans les luxations récentes, mais il n'en est plus de même dans les luxations anciennes, et nous savons que la tête du fémur remonte ou peut remonter vers la crête iliaque, lorsque le malade se livre à la marche.

M. TILLAUX. M. Broca nous a dit que, suivant le point par lequel sort la tête, on a telle ou telle variété : iliaque si la tête sort au-dessus de l'obturateur interne, ischiatique si c'est au-dessous. Toujours dans la flexion la tête sort sous l'obturateur interne, et elle remonte plus ou moins, suivant l'intégrité plus ou moins grande de la capsule.

M. BROCA. Dans ses expériences, M. Tillaux n'a pas obtenu la variété sur laquelle nous discutons, puisque dans ses cas le muscle obturateur était déchiré, tandis qu'il ne l'était pas dans le cas de Gerdy, dans le mien et dans la luxation que nous avons sous les yeux.

Je viens d'examiner la pièce, je ne crois pas que ce soit le fond de la cavité cotyloïde qui constitue la plaque osseuse que l'on remarque.

M. DESPÉRES. Une partie du rebord de la cavité cotyloïde a été détachée, et sur cet os on retrouve une plaque osseuse de nouvelle formation, une végétation du tissu osseux arraché; de plus le fond de la cavité cotyloïde est recouvert de cartilage, ce qui n'aurait pas lieu s'il avait été enlevé; car le cartilage, on le sait, ne se reproduit pas sur les surfaces articulaires qui en ont été privées. A l'examen microscopique que je viens de répéter, j'ai vu que le cartilage du fond de la cavité cotyloïde était normal, l'os contient des ostéoplastes et des canalicules, mais dans la partie la plus mince il y a des cellules qui renferment de la graisse, ce qui est le propre des ossifications de nouvelle formation.

M. CHASSAIGNAC ne croit pas que l'obturateur interne puisse retenir le fémur et gêner son ascension puisqu'il s'insère sur cet os et qu'il est par conséquent mobile avec lui.

PRÉSENTATION.

M. DEPAUL présente un enfant né il y a trois jours, dans son service, et qui porte deux dents incisives médianes inférieures.

ÉLECTION.

M. Duplay.....	16 voix.
M. Paulet.....	9 —
Bulletin blanc.....	1 —

M. Duplay est nommé membre titulaire de la Société.

La séance est levée à six heures moins le quart.

Le Secrétaire, D^r LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 1^{er} JUILLET 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — L'*Union médicale de la Provence*.

— M. le docteur G. Pouliot adresse à la Société, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée : *Ponction vésicale hypogastrique*.

COMMUNICATION.

Luxations de la hanche (suite).

M. TILLAUX, Je vous demande la permission, Messieurs, de compléter aujourd'hui ce que j'ai dit dans la dernière séance relativement au mécanisme de la production des luxations iliaque et ischiatique.

M. Broca nous a dit : Lorsque la tête du fémur passe au-dessous du muscle obturateur interne, elle est bridée par ce muscle, qui constitue une véritable sangle, et la luxation est sacro-sciatique; lorsqu'elle passe au-dessus de l'obturateur interne, la luxation est alors iliaque.

Malgaigne est un des premiers, sinon le premier, qui ait établi sa classification d'après l'interstice musculaire à travers lequel s'engage la tête du fémur. Je cite ce passage, dont je vais faire la base de mon argumentation : « Dans la luxation ischiatique, dit-il, la tête s'échappe toujours au-dessous de l'obturateur interne, qui occupe la petite échancrure sciatique, et des jumeaux, qui sont en quelque sorte ses satellites. Tantôt elle déchire seulement le carré qui est au-dessous, tantôt seulement les jumeaux, tantôt les jumeaux et le carré à la fois, *l'obturateur interne restant comme une barrière pour empêcher la tête de remonter*; et enfin dans le cas de Wormald, si l'obturateur était rompu, ce qui restait des jumeaux en faisait l'office. Sans doute, cette barrière peut être franchie, *et alors la luxation devient iliaque*; mais quand elle est primitivement iliaque, c'est-à-dire quand la tête est au-dessus du muscle obturateur interne, je doute qu'elle puisse redescendre au niveau de l'épine sciatique, à moins qu'elle n'y soit ramenée par les manœuvres du chirurgien. En un mot, la tête sortant par-dessous l'obturateur interne est toujours luxée sur l'ischion, et peut consécutivement remonter sur l'ilium; la tête sortant par-dessus donne toujours une luxation iliaque. »

Rien n'est donc plus clair, Messieurs, que la théorie actuellement régnante sur la luxation coxo-fémorale en arrière :

1° Ce sont les muscles qui s'opposent à l'élévation de la tête du fémur;

2° Lorsque la tête fémorale passe au-dessus de l'obturateur interne, la luxation est toujours iliaque; si elle passe au-dessous, elle est ischiatique;

3° La luxation ischiatique n'est qu'un degré de la luxation iliaque, et ces deux espèces se transforment facilement l'une en l'autre.

Je crois pouvoir vous démontrer, Messieurs, que ces trois propositions sont inexactes, c'est-à-dire que :

1° Ce ne sont pas les muscles qui s'opposent à l'ascension de la tête du fémur ;

2° Ils ne sauraient par conséquent en aucune façon influencer l'espèce de luxation ;

3° Les luxations iliaque et ischiatique reconnaissent une cause tout autre que la résistance de l'obturateur interne ou des jumeaux ; elles constituent deux espèces très-distinctes l'une de l'autre, tellement distinctes qu'il est impossible de jamais transformer l'une en l'autre.

Il est très-facile de prouver que les muscles pelvi-trochantériers n'ont qu'une influence nulle sur la migration de la tête fémorale. Voici une pièce sur laquelle j'ai produit une luxation ischiatique avec conservation des muscles : je coupe successivement l'obturateur interne, les jumeaux, le pyramidal, le moyen fessier, le petit fessier, le carré crural, l'obturateur externe, et vous pouvez constater que toutes ces sections ne permettent pas de faire avancer la tête de 1 millimètre. — Le véritable obstacle n'est donc pas là, il est dans la capsule. Que les muscles sur le vivant ajoutent leur résistance à celle de la capsule, je le veux bien, mais il me paraît évident, d'après cette expérience, que le rôle des muscles est tellement minime, qu'on doit le négliger dans la détermination de l'espèce de luxation.

Si la capsule est l'unique obstacle à la migration de la tête, c'est donc elle qui doit nous fournir la raison du siège différent qu'occupe sur l'os iliaque la tête déplacée. En effet, vous pouvez aisément le constater sur les pièces que voici :

La luxation coxo-fémorale en arrière se produit toujours dans un mouvement de rotation en dedans et d'adduction combinée avec une flexion plus ou moins grande, soit de la cuisse sur le bassin, soit du bassin sur la cuisse. Dans cette situation, la tête du fémur presse sur la capsule en bas et en arrière, et la brise. Ainsi donc, déchirure de la capsule en bas et en arrière, conservation de la capsule en avant et en haut, tel est le premier résultat. Je le produis devant vous sur cette pièce. Qu'en résulte-t-il ? La tête du fémur, échappée de la cavité cotyloïde, repose sur le rebord cotyloïdien, vis-à-vis l'échancrure ischiatique : la luxation est incomplète et ischiatique. Ce résultat cadavérique est exactement celui que je retrouve dans Malgaigne. Cet auteur cite trois autopsies de luxations ischiatiques incomplètes où l'état de la capsule est mentionné. Cas de Bidard : capsule rompue en bas dans une étendue de 7 centimètres ; deuxième cas du même chirurgien : moitié postérieure de la capsule rompue dans l'étendue

de 8 centimètres. Cas de Robert : capsule largement ouverte en bas et en arrière. On peut donc formuler la règle suivante :

Toute luxation coxo-fémorale en arrière commence toujours par une déchirure de la capsule, soit directement en arrière, soit en bas et en arrière (selon le degré de flexion du fémur au moment de l'accident) ; la luxation est alors toujours incomplète, et de plus, toujours ischiatique.

La luxation reste incomplète aussi longtemps que les parties antérieure ou supérieure de la capsule sont intactes.

Sur cette pièce où je viens de produire une luxation incomplète, je puis obtenir une luxation complète, soit iliaque, soit ischiatique, suivant ma volonté.

Pour transformer une luxation incomplète en luxation complète, il faut diviser la partie supérieure de la capsule, c'est-à-dire que toute la capsule, sauf la partie antérieure, est divisée.

Sur cette autre pièce, où j'ai également produit une luxation incomplète, comme dans le cas précédent, j'obtiens une luxation ischiatique, en divisant la partie antérieure de la capsule, en sorte que toute la capsule, sauf la partie supérieure, a été divisée.

Voici donc, Messieurs, deux pièces sur lesquelles une même lésion initiale a produit la même luxation incomplète. Ces deux luxations incomplètes, je les transforme en deux luxations complètes, d'un type tout différent, suivant le point de la capsule que je respecte.

Je conclus légitimement de cette expérience :

1^o Une luxation iliaque complète n'existe qu'à condition de l'intégrité de la capsule en avant ;

2^o Une luxation ischiatique complète n'existe qu'à condition de l'intégrité de la capsule en haut.

Une conséquence forcée de ce qui précède, c'est l'impossibilité de transformer une luxation iliaque en luxation ischiatique et réciproquement. Les pièces que voici vous en fournissent d'ailleurs la preuve matérielle. La transformation ne peut être faite qu'à condition de déchirer ce qui reste de capsule, et dans ce cas, la tête devenant flottante, il n'y a plus de classification possible.

Appliquant, Messieurs, ce qui précède à nos classifications classiques, je dis qu'il n'y a bien réellement que deux grandes espèces de luxations coxo-fémorales en arrière : l'une iliaque, bien nommée aussi en haut, dans laquelle la tête du fémur repose sur l'ilium, dans des points variables sans doute, suivant la quantité de capsule qui reste intacte, mais sans jamais pouvoir arriver sur l'ischion ; l'autre, ischiatique, dans laquelle la tête fémorale repose sur des points va-

riables de l'ischion, suivant ce qui reste de capsule, mais sans jamais arriver sur l'ilium.

Il est difficile de reconnaître des degrés dans la luxation iliaque; la tête sera tantôt plus en avant, tantôt plus en haut, et nous trouvons ici la sus-cotyloïdienne de Malgaigne.

La luxation ischiatique, au contraire, sans changer de type, c'est-à-dire la tête fémorale regardant en arrière et reposant sur l'ischion, présente trois degrés très-accusés et faciles à reproduire sur le cadavre.

Suivant que l'on divise tout ou partie du faisceau antérieur de la capsule, et à mesure qu'on le divise, vous voyez la tête se mettre successivement en rapport avec l'ischion, l'épine sciatique et l'échancre ischiatique. C'est bien évidemment cette dernière variété que Gerdy a décrite comme luxation sacro-sciatique. C'est donc à tort que M. Nélaton l'a réunie à la luxation sciatique; elle n'est que le degré le plus prononcé de la luxation ischiatique.

Des diverses expériences que j'ai faites, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Dans la rotation de la cuisse en dedans et l'extension avec flexion légère, la tête du fémur répond au bord supérieur et à la face profonde de l'obturateur interne. Si la flexion est très-prononcée, elle répond au bord supérieur du carré crural;

2° L'interstice musculaire, à travers lequel s'engage l'extrémité luxée, n'a qu'une influence très-secondaire sur la situation ultérieure;

3° La capsule est l'agent qui limite à peu près exclusivement la migration de la tête fémorale dans la luxation en arrière;

4° La rupture de la capsule, en arrière seulement, ou bien en arrière et en bas, donne toujours lieu à une luxation incomplète ischiatique;

5° La rupture de la capsule, en arrière, en bas et en avant (la partie supérieure seule étant intacte), donne toujours lieu à une luxation ischiatique;

6° La rupture de la capsule, en arrière, en bas et en haut (la partie antérieure ou ligament de Bertin étant seule intacte), donne toujours lieu à une luxation iliaque;

7° Ces deux types de luxation, ischiatique et iliaque, sont tellement distincts qu'ils ne peuvent être transformés l'un en l'autre que par la rupture complète de la capsule.

DISCUSSION

M. DESPRÉS. Je désire contrôler les expériences de **M. Tillaux**. La luxation iliaque qu'a produite notre collègue, sur sa pièce, n'est pas véritablement une luxation iliaque. Quant à la luxation ischiatique, impossible à produire suivant lui, si la partie antérieure de la capsule est conservée, je ne partage pas son avis, et je vois sur la pièce qu'il nous présente que la tête du fémur peut occuper le point désigné par tous les auteurs pour la luxation ischiatique incomplète.

Je ne crois pas que ces expériences, faites sur les articulations complètement isolées des muscles, puissent juger le mécanisme des luxations.

M. LEFORT. La luxation que nous montre **M. Tillaux**, comme luxation iliaque, n'est pas du tout une luxation iliaque. Les trois saillies, grand trochanter, épine iliaque antérieure et sommet de l'ischion, ne sont pas sur la même ligne; le grand trochanter est très en avant des deux autres.

C'est là une luxation expérimentale, mais non une luxation comme la Clinique nous en montre.

M. TILLAUX. Je ne comprends en vérité pas l'objection de **MM. Lefort** et **Després**. Comment, ce n'est pas là une luxation iliaque ? Mais qu'est-ce que c'est donc ?

Il y a évidemment une luxation, puisque la tête ne repose plus dans sa cavité. La tête repose par toute son étendue sur l'os iliaque. C'est donc bien une luxation iliaque. **M. Lefort** m'objecte que la tête n'est pas très-élevée dans la fosse iliaque. C'est évident; parce que je n'ai divisé de capsule que ce qu'il en faut pour produire la luxation mais il ne dépend que de moi de faire élever la tête, ce qu'elle fera à mesure que je diviserai des portions de la capsule restante. **M. Després** trouve que la tête est trop en avant, qu'elle repose sur l'os immédiatement au-dessous de la cavité cotyloïde, et que ce n'est par conséquent pas une luxation iliaque. Il oublie donc la variété à laquelle **Malgaigne** a donné le nom de *sus cotyloïdienne*. **M. Després** ajoute qu'il peut, sur la pièce, transformer la luxation iliaque complète en luxation ischiatique. Oui c'est vrai, mais en luxation ischiatique incomplète; or, c'est précisément par la démonstration de ce fait que j'ai commencé ma communication, c'est-à-dire que l'intégrité de la capsule en avant ne permettait jamais que d'obtenir une luxation ischiatique incomplète; mais ce que je déclare impossible, c'est

la transformation sur ces pièces d'une luxation iliaque complète en luxation ischiatique complète et réciproquement.

M. DESPRAËS. Je maintiens que les positions indiquées par M. Tillaux ne correspondent pas à des faits pathologiques. Je me rappelle à cette occasion un fait que j'ai publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, en 1864. M. Dolbeau avait à réduire une luxation de la hanche, luxation iliaque bien franche et qui avait résisté déjà à des tentatives de réduction. Le malade soumis au chloroforme, M. Dolbeau exerça des tractions, puis, pratiquant la rotation unie à l'adduction et tirant brusquement, il n'obtint pas de réduction, mais transforma la luxation iliaque en luxation ilio-pubienne. Puis, par suite de mouvements d'adduction et d'abduction, la tête fut ramenée dans la fosse iliaque, après avoir passé par les positions qui constituent la luxation ovulaire, la luxation ischiatique, et la luxation ilio-ischiatique. Enfin, le malade étant tombé dans la résolution complète, un dernier effort détermina la rentrée de la tête dans la cavité cotyloïde. Comme la luxation ne s'est pas reproduite, comme la guérison a été obtenue en peu de temps, il est clair qu'il n'y avait pas rupture complète de la capsule, et que la persistance du ligament de Bertin, c'est-à-dire d'une bride fibreuse, même à la partie antérieure de la capsule, n'empêche la production d'aucune des luxations connues de la hanche.

M. BACA. Les expériences que fait M. Tillaux sont très-importantes, mais je crois qu'il a une trop grande tendance à faire asseoir l'édifice des luxations sur des expériences pratiquées sur le cadavre. Malgaigne s'est déjà plaint, à juste raison, de ce que l'on tenait pas suffisamment compte de tous les éléments dans l'étude de ces questions.

M. Tillaux, sur une articulation disséquée, dont la capsule seule est conservée, coupe un peu plus ou un peu moins de capsule et fait voir que l'on ne peut mettre la tête partout. Mais c'est un homme qui se fait une luxation et non un squelette disséqué; or, chez l'homme vivant, il existe des forces autres que les ligaments. Certainement, pour que la luxation se produise, il faut que les ligaments soient rompus, mais cela ne suffit pas.

Quelle direction prendra la tête? Oui, la résistance des ligaments jouera un rôle important, et c'est là l'idée fondamentale de toutes les recherches de Malgaigne sur les luxations; mais indépendamment des ligaments, il y a les muscles, qui agissent d'abord comme obstacles dans certaines attitudes.

A moins de se mettre à l'aise, comme M. Tillaux, qui a tout coupé, il y a un certain nombre de luxations qu'on ne peut produire sur le

cadavre ; aussi, c'est pour cela que des notions exactes d'anatomie pathologique nous font défaut dans cette question.

Si l'on ne tenait compte que des déchirures de la capsule, les variétés de luxation seraient indéfinies, mais il faut savoir grouper ces variétés, pour les dénommer, autour de quelques éléments importants qui entourent l'articulation.

Les expériences de M. Tillaux ont été entreprises à la suite d'une présentation qui m'avait permis de faire remarquer le rôle que les muscles peuvent jouer par rapport à la limitation du déplacement. Eh bien ! M. Tillaux croit-il que la résistance des muscles soit insignifiante pour la réduction ? Sur la pièce qui a été présentée par M. Tillaux, pour réduire la luxation, on était obligé d'élever considérablement le corps du fémur, puis de faire ensuite un mouvement de rotation et d'abaissement et l'on passait alors par-dessous la sangle musculaire.

Dans les luxations iliaques, la réduction a pu être obtenue après des mois, et même plus d'une année. Pour les luxations ischiatiques, il n'y a pas d'exemple de réduction après le quatorzième jour.

Il y a une très-grande différence, au point de vue de la réduction, entre les cas où l'os appuie sur l'os, et ceux dans lesquels cela n'existe pas.

En résumé, je pense qu'en matière de luxation, la véritable méthode consiste à tenir compte de tous les genres de recherches. J'estime les recherches de M. Tillaux, mais je les croirais dangereuses si elles étaient prises pour base de l'histoire des luxations.

M. TILLAUX. Je ferai remarquer à M. Broca qu'il se méprend sur l'objet de ma communication et de mes expériences. Je n'ai pas le moins du monde en vue d'étudier ni d'indiquer le rôle des muscles ou des ligaments dans la production des luxations en général. Je me suis borné à rechercher le rôle que joue la capsule dans la production et la délimitation des diverses espèces de luxations coxo-fémorales en arrière. Je n'ai rien généralisé. Comment aurais-je pu comparer, en effet, la faible résistance de la capsule du coude, je suppose, avec la capsule coxo-fémorale, qui mesure presque 1 centimètre d'épaisseur en avant ? M. Broca me demande si je ne pense pas que les muscles, formant une boutonnière ou une sangle autour de la tête du fémur, ne soient un puissant obstacle à la réduction ; mais, sans aucun doute, et je n'ai jamais contesté cela, je n'ai pas même touché à cette question. Je n'ai parlé que du mécanisme de la production des luxations iliaque et ischiatique. Ce que j'ai dit, c'est que quand une puissance agit assez violemment sur l'articulation coxo-fémorale pour briser la capsule et

chasser la tête hors de sa cavité, ce ne sont pas les muscles qui s'opposent à l'ascension de la tête et déterminent ainsi la variété de luxation, que c'est la capsule, et que l'espèce de luxation varie avec la quantité et la portion de capsule déchirée.

M. Broca ajoute que Malgaigne avait beaucoup insisté sur le rôle que joue la capsule dans le cas dont je parle. Je regrette que notre collègue ne soit pas arrivé au commencement de la séance, car j'ai précisément donné lecture d'un passage du livre de Malgaigne, passage qui ne permet aucun doute sur son opinion. Pour lui, les deux luxations iliaque et ischiatique n'ont d'autre ligne de démarcation que la situation de la tête du fémur au-dessus ou au-dessous de l'obturateur interne et des jumeaux; et c'est là ce que je conteste.

Je suis très-heureux que M. Després ait raconté le fait précédent, véritablement très-curieux, et qui m'avait beaucoup préoccupé aussi, car M. Després a oublié sans doute que j'aidais notre collègue M. Dolbeau dans cette difficile réduction. Or, précisément, ces jours derniers, j'ai étudié le mécanisme suivant lequel a pu se produire cette migration singulière de la tête et j'avoue que rien n'est plus facile à comprendre, le malade de M. Dolbeau avait une luxation ischiatique supérieure; les deux luxations ovale et ischiatique se produisent par un mécanisme à peu près semblable, qui ne diffère que par le sens dans lequel se fait la rotation. Dans les deux cas, il y a d'abord une flexion extrême de la cuisse; la cuisse étant ainsi fléchie, si le membre est porté dans la rotation en dedans, la luxation est ischiatique; si la rotation s'effectue en dehors, la luxation est ovale. Comme la luxation ischiatique complète s'accompagne toujours de la déchirure de la partie antérieure de la capsule, et que c'est là une condition très-favorable à la production de la luxation ovale, rien de plus aisé que de transformer l'une en l'autre, en exécutant un mouvement de rotation, ainsi que je fais sur cette pièce.

M. CHASSAIGNAC. Je crois que la voie dans laquelle s'est engagée M. Tillaux est très-bonne; mais il y a une part de vérité et une part d'erreur.

M. Tillaux tombe dans l'erreur lorsqu'il dit : « On n'a pas pu réduire une luxation par les tractions les plus fortes, donc c'est le ligament qui résiste. » Certes, cela pourrait être vrai si on faisait l'allongement, mais ne l'est plus si on a recours à la rotation. Il est parfaitement démontré aujourd'hui que les ligaments ne s'opposent pas à la réduction.

M. TILLAUX. Je répondrai un seul mot à M. Chassaignac. Je n'ai pas dit que les ligaments fussent le principal obstacle à la réduction

des luxations, puisque je ne me suis pas du tout occupé de cette question, je n'ai parlé, ou voulu parler, que du mécanisme de la production des luxations iliaque et ischiatique et non pas de leur réduction.

M. BROCA. Chez mon malade, il n'y a assurément que des tractions violentes sur les muscles qui aient pu produire des désordres pareils à ceux qui se sont développés.

M. FORGET. M. Tillaux n'a pas dit ce que M. Chassaignac paraît avoir entendu. M. Chassaignac paraissait même d'accord avec M. Tillaux dans la précédente séance, car M. Broca disant que c'était le muscle obturateur interne qui empêchait la tête de monter, MM. Chassaignac et Tillaux combattirent son opinion.

M. Tillaux a dit que le grand obstacle à la luxation iliaque ou à la transformation de la luxation ischiatique en iliaque résidait dans l'intégrité du ligament de Bertin.

LECTURE.

M. GIRAUD-TEULON lit un travail intitulé : *Nouvelle étude sur le mécanisme de l'accommodation*.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Perrin, Liégeois, Marc Sée.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Corps fibreux du col de l'utérus.

M. MARJOLIN, au nom de M. PRESTAT, de Pontoise, membre correspondant, présente un corps fibreux du col de l'utérus et remet la note suivante :

La tumeur que je vous adresse a été enlevée lundi, 22 juin, dans les circonstances suivantes :

Une femme de quarante-trois ans, d'une bonne constitution, sans dérangement dans ses règles, avait remarqué depuis trois mois que lorsque l'écoulement menstruel commençait, il était très-abondant et sous forme de perte pendant quatre ou cinq heures. Il y a un mois, les règles furent immédiatement suivies d'un flux sanguin presque continu, qui finit par affaiblir la malade et la déterminer à me consulter.

L'examen me montre l'existence d'une tumeur, de la grosseur d'une pomme d'api, insérée sur la partie postérieure de la cavité du col et

qui pendait dans le vagin. Cette tumeur, très-mobile, tenait au col par une large pédicule. Elle était d'une consistance très-ferme, qui me fit penser qu'elle était de nature fibreuse.

La position de la tumeur me permit de la saisir facilement avec l'anse d'un fil de fer fixé sur la vis de rappel d'un petit écraseur. La constriction était bien avancée, lorsque le fil de fer se rompit ; je le remplaçai par une cordelette en fil de fer ; mais cette fois, l'anneau dans lequel passait cette cordelette se rompit à son tour, et je dus avec les ciseaux courbes inciser le pédicule.

Sauf ces ennuis, provenant de la mauvaise confection de l'instrument, l'opération fut heureuse. A peine s'écoula-t-il une ou deux cuillerées de sang par la vulve.

Les suites premières de l'opération sont très-heureuses : la malade n'a ressenti qu'une grande sensibilité dans le ventre, pas de fièvre, aucune complication. J'espère que dans quelques jours elle sera complètement remise.

M. CHASSAIGNAC. Si l'on se rappelait qu'un écraseur ne doit être employé qu'après avoir été éprouvé, on ne s'exposerait pas à le voir se rompre pendant la section de parties vivantes.

M. DEPAUL. Je ferai remarquer combien sont fréquents les corps fibreux de la matrice prenant naissance à la jonction du corps et du col.

Dans un cas de ce genre, l'idée d'employer l'écraseur ne me serait pas venue ; il faut attirer le col à la vulve pour opérer à ciel ouvert et faire l'excision à l'aide d'un petit bistouri approprié. Ces petits corps sont très-faciles à enlever ; leur ablation ne donne pas lieu à des hémorrhagies ni généralement à aucun accident sérieux. Dans un cas, cependant, j'ai vu une malade succomber à la suite de l'infection purulente.

Chez quelques malades, ces corps fibreux sont multiples : ils se développent successivement. J'ai déjà opéré plusieurs fois une dame placée dans ces conditions.

M. CHASSAIGNAC. Je considère que la pratique d'abaisser l'utérus à la vulve expose à de graves dangers ; je n'ai recours à cette manœuvre que contraint et forcé, car elle peut être le point de départ de phlegmons péri-utérins, de péritonites.

M. FORGET. Comme M. Depaul, je suis peu préoccupé des hémorrhagies ; j'ai vu Lisfranc pratiquer un grand nombre de fois cette opération, je l'ai pratiquée moi-même assez souvent ; les suites ont presque toujours été très-simples. Ces petits polypes, lorsqu'on les opère, sont souvent en voie d'émergence du col et entourés par la

substance utérine. Je ne comprendrais pas que l'écraseur pût être appliqué à cette période de leur développement.

Quoique je redoute peu les tractions utérines, je dois dire cependant qu'entre les mains de Lisfranc, elles m'ont paru avoir donné lieu à quelques accidents. Moi-même, j'ai observé deux cas de péritonite que je crois devoir rattacher à ces tractions.

M. DEPAUL. M. Chassaignac exagère l'utilité de l'emploi de l'écraseur pour l'ablation de ces tumeurs.

Quant à l'abaissement de l'utérus, c'est une excellente chose, mais il faut s'entendre. Dans la pratique de Lisfranc, il s'agissait souvent de matrices malades et très-difficiles à abaisser. Mais lorsque la matrice est saine, on peut, sans inconvénient, abaisser l'utérus, mais à la condition d'opérer doucement, progressivement.

Extirper un polype ou un corps fibreux en laissant le col au fond du vagin, ou bien à ciel ouvert, c'est tout différent. Dans un cas, il y a une opération simple; dans l'autre, l'opération est difficile à conduire à sa fin.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, D^r LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 8 JUILLET 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

-- Les journaux de la semaine. — Le numéro de juillet des *Archives générales de médecine*. — La *Revue médicale de Toulouse*, juin 1868. — Le *Montpellier médical*, juillet. — Le *Sud médical de Marseille*.

— M. le docteur Rouge, chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de

Lausanne, adresse à la Société les six premiers numéros du *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*, dont il dirige la publication. Ce recueil renferme bon nombre de faits chirurgicaux intéressants.

— M. Féréol, médecin des hôpitaux de Paris, envoie un travail intitulé : *De l'iodoforme employé comme topique pour cicatrifier les plaies et ulcères non cancéreux*.

— M. le docteur Sirius-Pirondi, chirurgien des hôpitaux de Marseille, envoie une brochure : *Observations de chirurgie usuelle*, où se trouve indiqué l'emploi (1853) des injections d'eau dans l'oreille pour l'extraction des corps étrangers.

— M. le docteur Georges Bouchard envoie, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse : *Des fractures de la rotule compliquées d'ouverture de l'articulation tibio-fémorale et de leur traitement*.

— M. Giraldès dépose sur le bureau, au nom de M. Holmes (de Londres), un volume intitulé : *The surgical Treatment of the Diseases of Infancy and Childhood*.

M. DEPAUL communique l'observation suivante qui lui a été adressée par M. le professeur Stolz (de Strasbourg).

Perforation centrale du périnée dans l'accouchement.

Dans sa séance du 18 mars dernier, vous avez communiqué à la Société impériale de chirurgie une observation de *rupture centrale du périnée pendant le travail de l'accouchement*. Cette observation a certainement un grand intérêt, 1° par la rareté de pareilles déchirures, qui est telle qu'elle a été niée par certains accoucheurs qui avaient cependant une longue pratique; 2° parce que le fœtus a réellement traversé l'ouverture accidentelle; 3° qu'il n'existait aucune des prédispositions que l'on dit ordinairement favoriser cette singulière rupture; 4° enfin parce que la position du crâne était la plus commune, celle dans laquelle la tête pénètre le plus facilement dans la vulve.

Quoique l'on connaisse aujourd'hui un assez grand nombre d'observations authentiques de rupture centrale du périnée avec passage du fœtus entier par cette voie artificielle, il est cependant encore des accoucheurs très-répandus, placés même à la tête d'établissements de maternité, qui n'en ont pas vu d'exemple; seulement ils sont moins incrédules que ne l'était Capuron, qui disait qu'il verrait le fait, qu'il n'en croirait pas ses yeux.

Il y a quarante ans que je me livre à l'étude et à la pratique des accouchements, je suis depuis plus de trente ans à la tête d'un service spécial (qui n'est sans doute pas à comparer aux services de Maternité de Vienne et de Paris pour le nombre des accouchements qui s'y terminent), et pour la première et unique fois, il y a bientôt quatre ans, j'ai eu l'occasion de faire une pareille observation à la Maternité dont je suis le directeur médical. Cette observation présente un assez grand nombre de particularités pour mériter d'être connue dans ses détails.

Le 15 mai 1864, se présenta à la Maternité de Strasbourg, pour y faire ses couches, la nommée Eh..., Marie-Rosalie, âgée de 27 ans, primipare, de taille moyenne, assez bien constituée, sanguine-lymphatique. Elle comptait encore six semaines.

Soumise plusieurs fois à une exploration soigneuse pendant son séjour à l'hôpital, on ne remarqua jamais rien de particulier dans sa conformation, notamment dans celle du bassin, ni dans celle des organes de la génération. La santé ne laissa rien à désirer.

Le 28 juin, vers onze heures du soir, Marie Eh... sentit les premières douleurs de l'enfantement; le sommeil de la nuit en fut troublé. Le lendemain, 29, au matin, on trouva, en touchant par le vagin, le col effacé, l'orifice entrouvert, et la tête profondément engagée dans le bassin. A l'auscultation on percevait les battements redoublés au côté gauche du ventre, ce qui fit diagnostiquer une première position du crâne. A trois heures de l'après-midi, les membranes se rompirent, et, après un écoulement peu abondant d'eau, on constata effectivement une position occipito-antérieure gauche. A six heures la tête occupait l'excavation et devenait visible à la vulve pendant les contractions. A sept heures, le périnée était fortement distendu, la fente vulvaire dirigée en avant et en haut, l'occiput semblait y pénétrer; à chaque nouvelle douleur on croyait que la tête allait compléter son mouvement d'extension et franchir, mais la douleur cessant, elle se retirait encore. A sept heures un quart, une contraction plus forte la poussa contre l'obstacle. Le périnée était soutenu par une élève sage-femme : tout à coup sa main est repoussée par la tête qui fait éclater le plancher périnéal, la vulve qui aurait dû lui donner passage remonte vers le pubis et se ferma. Les épaules et le reste du corps furent chassés avec une telle rapidité qu'on n'eut que le temps de recevoir le fœtus et de le relever.

Dès que l'enfant fut séparé de sa mère par la division du cordon ombilical, on examina l'ouverture qu'il venait de pratiquer et de franchir. La portion du cordon insérée au placenta pendait par cette

ouverture, dont les bords étaient affaissés sur eux-mêmes et saignants.

Ne voulant pas faire la délivrance par cette voie contre nature, on introduisit le doigt indicateur dans la vulve et on monta assez haut dans le vagin pour pouvoir accrocher le cordon, le faire rentrer dans le vagin, et de là le faire passer par la voie naturelle.

Pendant que l'on attendait de nouvelles contractions de la matrice qui devaient décoller le placenta et permettre l'extraction de l'arrière-faix, on débarrassa la plaie périnéale du sang qui l'encombrait au moyen d'une éponge, et on constata : 1° que la rupture avait 5 centimètres de longueur dans la direction verticale; 2° que son angle supérieur se dirigeait un peu latéralement vers la grande lèvre droite; 3° qu'inférieurement elle s'étendait des deux côtés, immédiatement en avant de l'anus, formant deux angles latéraux de 2 centimètres de longueur; 4° que les bords étaient irréguliers, frangés au milieu et infiltrés de sang; 5° qu'à la partie supérieure existait un bourrelet saillant, noirâtre, paraissant formé de tissu cellulaire refoulé de l'intérieur. Non-seulement la fourchette était intacte; mais 2 centimètres de longueur du raphé qui aboutit à la fourchette étaient parfaitement visibles. Le sphincter anal interne était à découvert et nullement entamé. Le doigt introduit par la plaie et placé en supination sortait par la vulve et constatait l'épaisseur du pont antérieur du périnée qui subsistait. Le constricteur du vagin était déchiré en arrière, ainsi que le tiers inférieur du vagin lui-même et la paroi recto-vaginale correspondante.

On procéda ensuite à la délivrance par la voie naturelle; mais une notable quantité de sang caillé et liquide traversa encore la plaie périnéale après cette opération.

L'enfant, du sexe féminin, avait donné aussitôt signe de vie. Il était fort, long de 49 centimètres et pesait 3,370 grammes.

Les premiers jours des couches se passèrent sans incident. La plaie périnéale, d'un aspect livide, laissait suinter une sérosité sanguinolente, une partie des lochies la traversait également; le gonflement des lèvres de la plaie forçait une autre partie à refluer par la vulve. Le décubitus latéral favorisait l'écoulement par les voies naturelles. On se borna à des fomentations de vin aromatique. L'accouchée mit son enfant au sein et put le nourrir.

Le troisième jour, la surface des lambeaux de la plaie présentait un aspect grisâtre et exhalait une odeur gangréneuse : une suppuration séreuse, passablement abondante, s'était établie. On la saupoudra de poudre de quinquina. Le quatrième jour, la plaie avait meilleur

aspect, la suppuration avait diminué. A huit heures et demie du matin l'accouchée eut subitement une crise de suffocation suivie d'un frisson intense. La réaction ne se fit pas trop longtemps attendre; elle fut favorisée par des infusions théiformes chaudes; le pouls était très-accélééré. Une bonne transpiration calma la fièvre. Cependant le lendemain, cinquième jour, il y avait encore 86 pulsations. La suppuration de la plaie devint plus normale; les jours suivants des bourbillons gangréneux furent excisés, la surface des lèvres se colora en rouge et commença à bourgeonner. L'accouchée avait de l'appétit, elle continuait d'allaiter son enfant.

Le douzième jour, l'hiatus formé par la déchirure périnéale commençait à se rétrécir, ses bords, encore un peu frangés, tendaient à s'égaliser et à bourgeonner. Le vingt-cinquième, la plaie était d'un aspect rosé, mais suppurait encore abondamment; la suppuration était âcre et corrodait la peau de la face interne des cuisses. L'accouchée n'avait plus pu être maintenue au lit depuis le quinzième jour, elle circulait dans les salles pendant une grande partie de la journée.

Le trentième, elle trouva à se placer en ville, en qualité de nourrice.

En l'examinant une dernière fois, avant sa sortie de l'établissement, on reconnut que la plaie se rétrécissait de plus en plus. On donna à la femme l'espoir d'une guérison spontanée, mais on insista auprès d'elle pour que de temps en temps elle se présentât à la visite, ce qu'elle promit. Malheureusement elle n'en fit rien, et on perdit même bientôt ses traces.

Ce ne fut qu'à la fin de l'été 1865, plus d'un an après l'accident, qu'on la découvrit de nouveau. Elle était alors servante en ville. Au mois d'août, elle vint à la Maternité consulter pour un *abaissement de matrice*.

A l'inspection des parties génitales, on constata que l'ouverture périnéale existait encore, qu'elle avait la forme d'un trou rond, dont le bord ou cercle était parfaitement cicatrisé. Dans cette ouverture, on trouva engagé un corps mobile, une espèce de bouchon, que l'on reconnut bientôt n'être autre chose que *le col utérin*. En effet, à la vue, on distingua le museau de tanche, et par le toucher à travers la vulve, on constata un abaissement ou plutôt une descente de la matrice. Cet organe était descendu perpendiculairement à l'axe du corps, et le col, au lieu de sortir par la vulve, s'était engagé dans l'ouverture périnéale. Ne pouvant rien entreprendre à la veille des vacances, on congédia la consultante, en lui disant de revenir au mois de novembre, mais on ne la revit plus.

Cette observation offre un exemple incontestable de rupture centrale du périnée et de passage du fœtus entier par cette ouverture accidentelle. La déchirure de la peau s'étendait en haut du côté de la grande lèvre droite; en bas, elle présentait deux angles latéraux dans la direction des muscles transverses du périnée. Elle n'avait pas précisément la forme d'un Y renversé, mais plutôt celle d'un triangle.

Les tissus sous-jacents à la peau et formant le plancher périméal étaient lacérés, infiltrés de sang. Une portion du tissu cellulaire du triangle périméal était poussée dans la plaie. En haut, le point qui séparait l'ouverture vulvaire de la déchirure périméale avait une largeur de près de deux travers de doigts, et en bas, le rectum est resté intact.

Le tissu cellulaire, infiltré de sang, qui faisait saillie dans la plaie, s'est gangrené. Un instant, au cinquième jour, il y a eu quelques symptômes de résorption putride; mais la suppuration s'est heureusement établie, et dès ce moment, tous les accidents ont cessé.

La plaie ne s'est point fermée, comme on devait l'espérer; peut-être parce que la gangrène avait détruit une partie notable des tissus intéressés. L'indocilité de l'accouchée y a probablement contribué aussi: si elle était restée couchée sur le côté, si elle ne s'était levée que du vingtième au trentième jour, si elle n'avait pas trop marché surtout, il est possible que la guérison aurait eu lieu. Ces conditions n'existant pas, les bords se sont cicatrisés séparément, et il est resté une ouverture ronde, qui communique avec le vagin, puisqu'on a trouvé à la dernière exploration, faite un an après l'accident, le col de l'utérus engagé dans ce trou. Pour ce motif seul, il serait nécessaire de fermer l'ouverture périméale, après avoir relevé la matrice par un moyen mécanique quelconque.

NOMINATION DE COMMISSION.

On procède par la voie du scrutin à la nomination d'une Commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place de membre titulaire.

MM. Tarnier, Dolbeau et Marc Sée sont élus membres de cette Commission.

COMMUNICATION.

Luxations de la hanche. (Suite.)

M. TILLAUX. Si je prends encore aujourd'hui la parole sur les luxations coxo-fémorales, c'est qu'à l'appui des considérations théoriques

que j'ai développées devant vous, je puis invoquer le témoignage d'une pièce pathologique que j'ai eu la bonne fortune de rencontrer. Un vieillard de 64 ans vint mourir il y a quinze jours dans le service de mon collègue et ami M. le docteur Laboulbène, dans la salle Saint-Louis à l'hôpital Saint-Antoine. Il fut transporté à l'amphithéâtre des hôpitaux où l'un des prosecteurs, M. le docteur Nicaise, constata la lésion que j'ai l'honneur de vous présenter.

C'est bien là une luxation iliaque; les empreintes qu'a laissées sur l'os la tête du fémur ne permettent point de doute à cet égard. Eh bien, je vous prie de constater que toute la capsule a été déchirée sauf la partie antérieure, c'est-à-dire le faisceau qui part de l'épine iliaque antérieure et inférieure, connu sous le nom de ligament de Bertin. C'est donc une confirmation de la théorie que je vous ai exposée, à savoir que *la condition anatomique de la luxation iliaque était l'intégrité du faisceau antérieur de la capsule*. Ce faisceau extrêmement résistant permet à la tête du fémur de se porter librement en haut dans la fosse iliaque, mais, vu la brièveté de ce faisceau, il est matériellement impossible que la tête puisse se porter directement en arrière sur l'ischion.

Cette pièce est intéressante à un autre point de vue :

1° La tête du fémur est presque détruite; elle possède à peine le tiers de son volume normal, elle est érodée et irrégulière.

2° La fosse iliaque externe présente une dépression considérable, régulière, rappelant la forme d'une tête du fémur normal. A cette dépression correspond sur la face interne une saillie identique. L'os iliaque à ce niveau est très-aminci.

3° La nouvelle cavité est cloisonnée de toutes parts par des brides fibreuses; mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est la présence d'une multitude de petites tumeurs arrondies, olivaires, de volume variable, les unes grosses comme une tête d'épingle, les autres comme un haricot, la plupart pédiculées, développées à la surface de la nouvelle synoviale.

4° La plupart des muscles qui entourent l'articulation sont passés à l'état graisseux.

5° La tête du fémur est sortie entre le pyramidal et l'obturateur interne.

6° Les deux humérus présentent une lésion analogue à celle du fémur, c'est-à-dire que la tête est irrégulière, diminuée de volume; que le cartilage est détruit par places, et la surface osseuse éburnée dans le même point.

En examinant cette pièce sur le cadavre, et sans renseignements,

j'ai d'abord beaucoup hésité à porter un diagnostic. Était-ce une luxation pathologique datant de l'enfance et consécutive à une coxalgie ?

Était-ce une luxation traumatique ancienne avec arthrite consécutive ?

Les renseignements qu'avait obtenus du malade pendant sa vie M. Quinquaud, interne de M. Laboulbène, me paraissent de nature à éclairer vivement la question.

Ce malade a déclaré qu'il y a huit ans, il était tombé d'une échelle et avait été transporté à l'hôpital où il avait séjourné deux mois. Il n'avait jamais, a-t-il dit, boité jusqu'alors, et c'est seulement depuis cet accident qu'il avait conservé une claudication très-marquée. Je dois dire que les registres de la Pitié où le malade a dit avoir été soigné, ne portent pas mention de son nom vers cette époque ; mais on peut admettre aisément qu'il se soit trompé d'hôpital.

De plus, au pourtour de l'articulation de la hanche, la peau n'a conservé aucune trace d'abcès ou de trajets fistuleux anciens.

Je conclus donc de ce qui précède :

La pièce que je vous présente est une luxation traumatique ancienne. Elle est iliaque et s'accompagne de la conservation du faisceau antérieur de la capsule. Elle présente en plus les lésions propres à l'arthrite sèche, survenues consécutivement à la luxation.

M. DESPRÉS. Je crois qu'il s'agit là d'une luxation congénitale. Je donnerai mes raisons dans la prochaine séance, empêché que je suis de prendre la parole aujourd'hui par mon état de souffrance.

M. BROCA. M. Tillaux a accepté bien facilement les renseignements qui lui ont été donnés. En réalité ce malade n'est pas entré à la Pitié.

Je n'irai pas jusqu'où va M. Després, car il me serait impossible d'affirmer qu'il s'agit là d'une luxation congénitale. Mais assurément le développement du fémur n'est pas celui que l'on observerait s'il s'agissait d'une luxation arrivée il y a huit ans seulement chez ce vieillard mort à 64 ans.

J'appelle en outre l'attention sur la saillie que forme à l'intérieur du bassin la fosse iliaque interne. D'une manière générale, ce sont les luxations congénitales ou les luxations spontanées survenues de très-bonne heure qui donnent naissance à cette déformation. On ne la trouve pas habituellement à la suite des luxations de l'adulte.

Je suis disposé à conclure tout au moins à la contemporanéité de cette luxation avec la jeunesse de cet individu, sinon à la congénialité.

M. LEFORT. Je me range complètement à l'avis de M. Broca.

M. TILLAUX. Je crois devoir maintenir ma conclusion de luxation traumatique. Je ne crois pas à une luxation produite pendant la jeu-

nesse, parce que la dépression de l'os iliaque est trop grande pour avoir correspondu primitivement à une tête de fémur aussi petite que celle que nous avons actuellement sous les yeux. Je crois que la lésion que nous observons sur la tête du fémur a été consécutive à la luxation... Les renseignements ont été suffisamment exacts. Cet homme a déclaré d'une façon très-positive qu'il était parfaitement bien portant il y a huit ans.

COMMUNICATION

Sur les corps fibreux utérins qui compliquent la grossesse et l'accouchement.

M. GUÉNIOT. L'observation et les remarques que je viens communiquer à la Société sont relatives à un cas de pratique des plus graves, des plus embarrassants, et j'ose dire des plus redoutables que le chirurgien puisse rencontrer. Une solution aussi heureuse qu'inattendue, dans des circonstances exceptionnellement défavorables, me semble donner à ce fait un intérêt tout particulier. Aussi, vous demanderais-je la permission d'en exposer, avec quelque détail, les particularités les plus importantes.

OBSERVATION. — *Accouchement heureux par les voies naturelles dans un cas d'obstruction presque complète du petit bassin.* — Le 5 mars dernier, je fus prié de donner mes soins à madame C..., alors enceinte de près de sept mois et affectée de corps fibreux de la matrice. Cette dame âgée de 40 ans, d'une constitution délicate, très-amaigrie et très-souffrante de son état de grossesse, ne quittait plus son appartement depuis quatre mois. Épuisée de longue date par des pertes sanguines abondantes, puis minée par des accès fébriles quotidiens, par des vomissements et une difficulté considérable des excréctions intestinale et urinaire, etc., elle semblait menacée de ne pouvoir atteindre sans accident fatal le terme de la grossesse.

Des règles dès l'origine prolongées, très-abondantes et qui, dans ces dernières années, avaient atteint chaque mois seize à dix-sept jours de durée; l'expulsion habituelle, à ces mêmes époques, de caillots sanguins qui donnaient au flux menstruel un caractère franchement hémorrhagique; une première grossesse (la seule qui eût précédé la grossesse actuelle), laquelle se termina, il y a dix-huit ans, par la naissance facile d'une fille qui mourut à l'âge de cinq ans et demi: le début et l'accroissement successif de plusieurs corps fibreux utérins,

dont le premier fut constaté il y a trois ans; une atteinte de péritonite grave en novembre 1866, péritonite que le regrettable professeur Jarjavay jugea être la conséquence d'une hématocele péri-utérine; enfin, après un traitement prolongé de ce dernier accident, l'existence d'une légère amélioration dans l'état général; de même que la diminution dans l'abondance du flux de la dernière époque menstruelle, époque qui ne dura que huit jours au lieu de dix-sept (du 4 au 12 août 1867); telles sont les principales circonstances antécédentes qu'il convient de mentionner.

Par l'examen direct de la malade, je constatai que son abdomen était très-proéminent et plus développé que ne le comporte une grossesse ordinaire de sept mois; d'où une grande gêne des mouvements et de la respiration. La matrice elle-même était volumineuse, inclinée en avant. Plusieurs petites tumeurs fibreuses, mobiles et dures se reconnaissaient, à la palpation, dans l'épaisseur ou à la surface de ses parois. Ces dernières, généralement souples et indolores à la pression, permettaient de distinguer assez nettement quelques parties fœtales. Il me fut, toutefois, alors impossible de préciser la situation exacte de l'enfant.

A l'aide du toucher, je trouvai une tumeur volumineuse, irrégulièrement arrondie, d'une dureté élastique, qui remplissait presque entièrement l'excavation pelvienne. De tous côtés, le doigt rencontrait cette tumeur qui repoussait en avant le col utérin et aplattissait le rectum en arrière. Un intervalle de 3 centimètres à peine semblait la séparer des pubis, et c'est en ce point que le col utérin très-élevé, déformé, aplati, se trouvait refoulé contre la vessie. A sa partie inférieure, la tumeur correspondait au coccyx; mais ses limites supérieures, même par le toucher rectal, échappaient à toute investigation. Sa situation en arrière et au-dessous du segment inférieur de la matrice explique comment le palper hypogastrique ne me fournit également aucune donnée à cet égard. Les pressions exercées avec le doigt à sa surface étaient douloureuses et ne produisaient aucun déplacement de sa masse.

Il s'agissait donc d'une tumeur dure, volumineuse et fixe, implantée sur la face postérieure de la matrice, probablement vers la jonction du corps et du col, et anticipant sur ce dernier, tumeur située au-dessous du péritoine, refoulant en bas la muqueuse vaginale et remplissant à peu près toute l'étendue du petit bassin. Cette tumeur, à n'en pas douter, était bien celle dont le professeur Jarjavay avait, plus d'un an auparavant, constaté l'existence et qu'il avait représentée avec quelque exagération à la malade, comme « ayant le

volume d'une tête d'enfant et la dureté du marbre. » Évidemment, c'était là une tumeur fibreuse de l'utérus qui, à moins de circonstances très-exceptionnelles, mettrait un obstacle absolu au passage de l'enfant par les voies naturelles. Les seules éventualités, en effet, qui pussent faire éviter l'opération césarienne étaient les suivantes :

1° La mort prématurée du fœtus, suivie d'une macération prolongée de ses parties dans le liquide amniotique, pouvait provoquer dans ces dernières un ramollissement tel qu'elles devinssent assez réductibles pour traverser, à la manière d'un linge mouillé, un canal même extrêmement étroit.

2° Quoique la grossesse fût déjà fort avancée et que la tumeur fût restée jusque-là très-consistante, celle-ci cependant pouvait encore, avant l'échéance des neuf mois, se ramollir assez pour permettre une réduction notable de son volume et, en conséquence, une augmentation proportionnelle dans le calibre du canal rétréci.

3° Enfin, malgré son volume, sa fixité probable et son espèce d'enclavement dans le petit bassin, la tumeur pouvait à la rigueur se déplacer et remonter au-dessus du détroit supérieur, de manière à rendre libre le canal pelvien

Mais si de tels faits étaient possibles, leur réalisation me paraissait si problématique, ou plutôt si improbable qu'il eût été déraisonnable de fonder sur elle un espoir sérieux. En face d'une situation si périlleuse pour madame C..., je me hâtai de provoquer une consultation, et, le 11 mars, MM. Depaul et Tarnier voulurent bien, après un examen minutieux de la malade, m'éclairer de leurs avis. Il parut à M. Depaul que l'espace laissé libre entre la tumeur et les pubis était peut-être plus étroit encore que je ne l'ai indiqué ci-dessus. M. Tarnier exprima un certain espoir dans le ramollissement prochain de la tumeur. Bref, à part ces nuances d'opinions, l'état des choses était si nettement dessiné que nous fûmes unanimes pour admettre : 1° qu'il convenait de laisser la grossesse continuer son cours jusqu'à terme; 2° qu'il serait toutefois nécessaire, à huit mois révolus, d'explorer de nouveau avec soin la tumeur, à l'effet de s'assurer si elle n'avait pas subi, soit dans sa consistance, soit dans son siège, quelque changement qui pût faire sérieusement espérer un accouchement par les voies naturelles; 3° enfin, qu'en l'absence de ces modifications (toute réserve faite, bien entendu, pour celles qui pourraient encore se produire dans le cours du neuvième mois), la section césarienne était la seule ressource qui restât pour délivrer madame C... et, en conséquence, que cette opération devrait être, en principe, complètement décidée pour l'époque du travail.

Le 14 avril, c'est-à-dire à huit mois de grossesse, j'explorai de nouveau minutieusement et la tumeur et la matrice. Cette dernière avait notablement augmentée de volume. Les petits fibromes durs et brillants de son corps se distinguaient aisément, même à l'œil, à travers la paroi abdominale. Le liquide amniotique paraissait être un peu plus abondant qu'à l'ordinaire. L'enfant, dès lors, était assez mobile; sa tête correspondait à l'hypocondre gauche de la mère, son extrémité pelvienne à la fosse iliaque droite et son dos était dirigé vers l'hypocondre droit. Le maximum des bruits du cœur s'entendait à droite et au-dessus de l'ombilic. La souplesse des parois utérines ne permit de déterminer très-nettement cette situation des parties molles.

Quant à la tumeur intra-pelvienne, elle présentait exactement les mêmes caractères que précédemment; elle n'avait, en particulier, subi aucune modification notable soit dans son siège, soit dans sa consistance. Toute réserve faite pour le cas d'un déplacement ultérieur de sa masse (déplacement dont la possibilité était admise, mais dont la réalisation était à peu près inespérée), l'opération césarienne fut donc définitivement résolue pour le temps du travail.

L'état de santé de madame C..., déjà si alarmant le 5 mars, lors de ma première visite, ne fit qu'empirer peu à peu avec le cours de la grossesse. C'est à peine si, grâce à l'emploi très-circonspect de certains médicaments (calmants, laxatifs, eaux minérales, toniques, etc.), la malade put obtenir, avec quelques périodes de mieux-être passager, un faible ralentissement dans les progrès de l'anémie, de l'amaigrissement, des accès fébriles, de la déperdition des forces, etc. Ces divers symptômes finirent, en effet, par atteindre leur degré le plus extrême. Une teinte jaunâtre de la peau, une toux fatigante et l'insomnie qui en est la conséquence, vinrent encore, sur la fin de la grossesse, augmenter la gravité du pronostic. Un courage exceptionnel soutenu par de vifs sentiments religieux et un ardent désir de progéniture, un esprit résolu et une docilité parfaite à suivre mes conseils, constituaient en réalité, chez madame C..., les seules ressources qui permirent peut-être de ne pas absolument désespérer de sa situation.

C'est dans ces conditions que, le 17 mai dernier, après deux ou trois jours de malaise, d'insomnie et de fatigue plus grande encore que de coutume, la malade fut prise des premières douleurs de l'accouchement, vers six heures du matin. A huit heures, les membranes se rompirent brusquement et donnèrent lieu à un écoulement abondant de liquide amniotique. De là, suspension presque complète du

travail et sentiment de bien-être chez la patiente, dont l'abdomen avait perdu sa tension douloureuse.

A *neuf heures*, je constatai que la tumeur avait subi un déplacement très-sensible : elle était moins accessible au doigt et se trouvait refoulée à droite et en arrière de manière à laisser, derrière le pubis gauche, un espace libre d'environ 5 centimètres. L'orifice utérin avait acquis la largeur d'une pièce de cinq francs, et la mollesse de ses bords indiquait que sa dilatation avait été plus grande. Quant à l'enfant, dont j'avais encore, une dizaine de jours auparavant, reconnu la tête dans l'hypocondre gauche et l'extrémité pelvienne dans la fosse iliaque droite, il se présentait manifestement en première position du sommet. L'exploration des sutures et fontanelle, jointe à d'autres signes, ne me laissa aucun doute à cet égard. Il avait donc, depuis peu, effectué spontanément une mutation complète. Les choses étant ainsi, je recommandai à madame C... de garder la position couchée, afin d'éviter une trop grande déperdition de liquide amniotique, puis de s'incliner fortement lors des contractions, sur le côté gauche, à l'effet de favoriser, par la déclivité du fond de la matrice, l'ascension déjà commencée de la tumeur pelvienne.

Vers *deux heures de l'après-midi*, le travail reprit son cours régulier; les contractions étaient bonnes, et l'état général de la malade relativement satisfaisant. La tumeur continua de s'élever peu à peu vers l'abdomen en déterminant, à chaque contraction, une vive douleur ou sorte de déchirement dans la région iliaque droite. Je pensai que ce phénomène était dû soit à la rupture de quelques adhérences, soit au frottement exercé par la tumeur dans son mouvement ascensionnel, et je ne m'en préoccupai pas autrement. La tête fœtale, retenue au-dessus et en arrière du pubis gauche, n'attendait évidemment, pour pénétrer dans le petit bassin, que la disparition de l'obstacle. Aussi, vers *dix heures du soir*, dès que la tumeur fut remontée au-dessus du détroit supérieur, le sommet prit sa place et descendit dans l'excavation pelvienne en première position. A partir de ce moment, l'accouchement suivit une marche ordinaire, et à *deux heures du matin*, pour éviter à la patiente une prolongation fâcheuse du travail, j'appliquai le forceps sur la tête, arrivée au détroit inférieur. L'enfant fut extrait en parfait état de santé : il était volumineux, du sexe masculin et pesait plus de 7 livres (3 kilogr. 550 gr.). Quelques vomissements glaireux, un sentiment d'extrême faiblesse chez la malade et une difficulté particulière dans l'aminçissement du bord antérieur de l'orifice utérin, telles sont les seules autres particularités du travail qui méritent d'être signalées. Sa durée

totale; abstraction faite des six heures de suspension, fut d'environ quatorze heures.

Immédiatement après l'extraction de l'enfant, madame C... éprouva une sorte d'anéantissement général et de *feu intérieur* qui, joints à une distension gazeuse subite des régions supérieures de l'abdomen, me causèrent la plus grande inquiétude. Ces phénomènes furent heureusement de courte durée. L'utérus, quoique bien rétracté, ne décolla le placenta que tardivement, et je dus attendre plus d'une demi-heure avant d'opérer la délivrance qui, d'ailleurs, n'offrit pas d'autre irrégularité.

Prescription pendant les premiers jours. — Quelques cuillerées de bouillon froid, répétées de temps en temps selon les désirs de la malade; 20 centigrammes d'extrait de jusquiame en deux pilules (parfois trois de ces pilules par jour); petits fragments de glace à fondre dans la bouche; boire très-peu. Onctions avec ong. nap. bell. sur le ventre et cataplasmes recouvrant toute l'étendue de l'abdomen. Immobilité la plus complète; éviter scrupuleusement tout contact froid extérieur; obscurité et silence absolu. Cathétérisme trois fois dans les vingt-quatre heures.

Le 20 mai, troisième jour de l'accouchement, les seins commencent à se congestionner et, le lendemain, la fluxion laiteuse est des plus complètes. État des forces plus satisfaisant; sommeil; bien-être relatif. Bourrelet hémorroïdal enflammé, douloureux; vulve modérément tuméfiée; lochies constamment normales.

Le 22, alors que les seins tendent à perdre leur tension douloureuse, des tranchées utérines violentes se manifestent. Jusque là, aucune menace sérieuse de péritonite, le ventre étant sensible plutôt que douloureux, et le pouls oscillant entre 88 et 100 à la minute; mais l'apparition de ce nouveau travail de l'utérus, qui semble vouloir se débarrasser des tumeurs, provoque chez la malade de l'agitation, de l'insomnie, un peu de fièvre et un gonflement abdominal du plus fâcheux augure. Pendant vingt-quatre heures, ces tranchées résistent à l'emploi des opiacés, et elles ne cèdent enfin qu'à l'administration de doses de plus en plus fortes. Le calme reparait alors, et tous les symptômes s'amendent de telle sorte que, le 25, tout danger prochain semble avoir disparu.

Le 26, pouls à 64, hémorroïdes affaissées; col utérin reformé. Pour la première fois depuis l'accouchement, la tumeur commence à être accessible au doigt et paraît vouloir opérer son mouvement de descente. A aucun moment, elle n'a pu être nettement distinguée par la palpation de la région hypogastrique. Il est vrai que celle-ci,

constamment sensible à la pression, n'a été explorée qu'avec la plus grande circonspection. L'utérus, tout irrégulier de forme et très-volumineux dans les premiers jours, s'est rétracté peu à peu, et son fond, incliné du côté gauche, n'est plus éloigné du pubis que de six travers de doigt.

Les jours suivants, l'état général ne cesse de s'améliorer progressivement; le sommeil, l'appétit, le bien-être se prononcent de plus en plus. La tumeur seule, en reprenant graduellement sa situation ancienne dans le petit bassin, provoque des tiraillements et une certaine inquiétude dans le bas-ventre, des fourmillements et des crampes dans les membres inférieurs, de la douleur à la miction et des pesanteurs incommodes sur le rectum. Mais à partir du 3 juin, complètement réinstallée dans l'excavation pelvienne, elle ne suscite plus d'autre malaise que celui qu'elle déterminait avant la grossesse et qui résulte de certaines pressions inévitables sur les organes pelviens.

Enfin, le 20 juin, madame C..., complètement rétablie, a repris un peu d'embonpoint et se trouve sensiblement dans le même état qu'avant sa grossesse. Quant à la matrice et à la tumeur, voici dans quelles conditions elles se présentent aujourd'hui. La tumeur, grosse comme une tête de fœtus à terme, remplit presque complètement le petit bassin et se perçoit, à la palpation, au-dessus du détroit supérieur qu'elle déborde faiblement. Elle est indolore à la pression, d'une fermeté élastique et ne se laisse pas déplacer par la pression du doigt; son immobilité paraît être complète. La matrice se trouve refoulée en avant et à gauche; son corps occupe la fosse iliaque correspondante et s'élève à 5 centimètres au-dessus du pubis. Quelques inégalités, représentant les petits fibrômes constatés pendant la grossesse, se remarquent à sa surface; mais elles sont beaucoup moins saillantes et moins faciles à distinguer que pendant l'état de réplétion de l'utérus. Le museau de tanche, situé derrière le pubis gauche, est gros, court et inégal; une sorte de scissure très-étroite et peu profonde le sépare de la tumeur qui l'enveloppe dans presque toute sa périphérie. D'après ces rapports, il semble très-probable que la tumeur s'implante largement sur la portion supérieure du col, en arrière et à droite, ainsi que l'examen pratiqué pendant la grossesse l'avait déjà fait supposer.

P.-S. — Hier, 7 juillet, j'ai revu madame C... Sa santé s'affermir de plus en plus, et son état paraît être même plus satisfaisant qu'avant la grossesse. Le retour des règles a eu lieu du 25 juin au 2 juillet, sans douleur ni expulsion de caillots. La tumeur conserve les mêmes caractères que le 20 juin.

— Je ne m'arrêterai pas, Messieurs, sur tous les points de cette observation qui pourraient présenter quelque intérêt. Ainsi, je ne dirai rien des accès fébriles quotidiens dont la grossesse a été accompagnée, ni du long intervalle de dix-huit ans qui a séparé les deux gestations de madame C..., ni du changement de présentation opéré spontanément par le fœtus, etc., etc. Mais permettez-moi d'insister sur les circonstances qui, à mes yeux, offrent surtout de l'importance au point de vue pratique.

1^o Le fait principal qui, tout d'abord, frappe l'esprit dans la relation précédente, c'est assurément la guérison ou, si l'on veut, le rétablissement assez prompt de la malade après l'accouchement. En effet, même en l'absence de toute opération sanglante propre à extraire l'enfant, l'état de souffrance et d'épuisement constaté chez madame C... pendant sa grossesse, les fatigues inévitables du travail, les dangers d'hémorrhagie et surtout de péritonite ne permettaient guère d'espérer un aussi heureux résultat. J'ai indiqué plus haut quel fut le traitement institué en vue de concourir à ce but; c'est sur ce point que je désire fixer un instant votre attention.

Malgré l'état de prostration que présentait madame C... après la délivrance, je m'abstins de lui administrer des stimulants, soit vin, soit liqueur ou cordiaux sous une forme quelconque. Considérant que l'estomac, très-susceptible, fatigué et troublé dans ses fonctions depuis plusieurs mois, supporterait mal de tels remèdes, je ne voulus point tenter d'en utiliser l'action. Bon nombre de praticiens, en mon lieu et place, eussent été sans doute d'un autre avis. Mais il m'a paru que le vin généreux ou l'eau-de-vie dont on use aujourd'hui si volontiers en pareil cas, augmentait souvent et le malaise et la dépression des forces en provoquant de la pesanteur d'estomac, des aigreurs et des vomissements. Sans doute, ces liquides administrés avec une sorte de parcimonie, à la dose de quelques cuillerées à café par exemple, peuvent rendre de réels services s'ils sont bien supportés, et je ne voudrais pas, en toute occasion, me priver d'une aussi précieuse ressource. Ce que je veux dire ici, c'est qu'à mon sens on est, de nos jours, trop disposé à en exagérer les avantages et par conséquent à en faire un emploi abusif. Dans le cas de madame C..., loin de tomber dans un excès de ce genre, je me bornai à prescrire de la glace, de l'extrait de jusquiame et quelques cuillerées à café de bouillon froid, toutes choses qui, répétées à intervalles convenables, furent bien tolérées par l'estomac, provoquèrent du sommeil et permirent ainsi aux forces de se relever. Les demi-tasses de bouillon, les potages clairs et l'eau faiblement rougie ne furent conseillés qu'à partir

du troisième jour. Si je mentionne ces détails minutieux c'est que, contrairement aux idées régnantes, je n'eus qu'à m'applaudir, sous tous les rapports, des résultats de cette parcimonieuse alimentation.

Une autre précaution que je ne puis non plus passer sous silence (car dans ma conviction elle a puissamment concouru à faire éviter toute complication de péritonite), consiste dans l'immobilité presque absolue à laquelle la malade fut soumise. Persuadé que rien n'est plus propre à favoriser la production des accidents inflammatoires que les mouvements de la paroi abdominale, des intestins, de la matrice, des muscles psoas-iliaques, etc., je mis un soin scrupuleux à prévenir tout mouvement de cette sorte, du moins tout mouvement prolongé ou brusque. Comme madame C... n'ingérait que du bouillon et des boissons glacées en très-faible quantité, et que chaque jour elle prenait 25 à 30 centigrammes d'extrait de jusquiame, l'intestin se maintint au repos et ne provoqua aucune évacuation. Toute espèce de lavement fut proscrit jusqu'au huitième jour, afin d'éviter la distension ou le déplacement du gros intestin. Les injections vaginales et même les lotions vulvaires furent pareillement négligées à cause des mouvements que leur administration nécessite. Enfin, pour le même motif, je pratiquai chaque jour trois fois le cathétérisme de la vessie, mes explorations du vagin ou de l'abdomen furent des plus réservées et les changements de linge toujours accomplis avec une attention scrupuleuse. Bref ! de cette manière de faire en apparence systématique, il m'a paru résulter les plus grands avantages, et c'est pourquoi j'ai cru devoir en dire ici quelques mots.

2. Le déplacement ascensionnel de la tumeur pendant le travail, de même que sa descente dans le petit bassin après l'accouchement, constitue un autre fait d'une grande importance clinique qu'il convient d'étudier dans ses causes et dans son mécanisme. Qu'un tel phénomène se produise lorsque la tumeur est pédiculée et de médiocre volume, rien de surprenant puisque la science possède déjà plusieurs faits curieux de ce genre. J'ai relaté moi-même dans un autre travail (*Gazette des hôpitaux*, 1864) un cas semblable, que M. Depaul et moi avions observé à la clinique d'accouchements. Mais lorsque, comme chez madame C..., la tumeur présente un volume énorme et se trouve pour ainsi dire enclavée dans le petit bassin ; lorsque, presque certainement sessile, elle s'implante par une large base à la matrice et que, par suite d'une péritonite antérieure, elle a pu contracter des adhérences avec les organes voisins, le fait de son élévation spontanée au-dessus du détroit abdominal devient, au contraire, un phéno-

mène singulier dont, à première idée, on soupçonnerait à peine la possibilité.

Comment donc cette ascension s'est-elle effectuée ?

La tumeur, ai-je dit, émane selon toute probabilité de la partie supérieure, droite et postérieure du col utérin auquel elle adhère par une large surface. Or, s'il en est ainsi, l'effacement du col dans les derniers jours de la grossesse a dû lui communiquer déjà un certain ébranlement; car, sous l'influence des contractions indolores de la matrice, le col utérin s'étant rapetissé peu à peu jusqu'à se transformer en un simple orifice, n'a pu opérer ce changement sans rétrécir et tirer les attaches de la tumeur. Mais ce sont surtout les contractions énergiques de l'utérus qui, en augmentant graduellement, dans le cours du travail, la dilatation de l'orifice, ont nécessairement exercé des tractions puissantes sur le fibrome. Celui-ci, implanté sur le bord même de cet orifice et sollicité par les contractions du corps de la matrice, a été finalement entraîné au-dessus du détroit abdominal en rompant les adhérences péritonéales qu'il avait pu accidentellement contracter.

Comme causes adjuvantes de ce mouvement ascensionnel, je signalerai sans y insister, parce qu'il est aisé d'en comprendre l'action : 1° l'écoulement d'une grande quantité de liquide amniotique, lequel, en produisant une déplétion partielle de la matrice, provoqua le retrait des parois utérines, et, par conséquent, à un faible degré, l'élévation du segment inférieur de l'organe; 2° l'attitude particulière que je fis prendre à la malade pendant les contractions, attitude qui, en inclinant le fond de la matrice fortement à gauche et en avant, tendait à faire basculer la tumeur qui occupait un point diamétralement opposé; 3° enfin, la présence d'une extrémité de l'ovoïde fœtal au détroit supérieur, extrémité qui, pressée fortement de haut en bas par les contractions utérines, s'insinua peu à peu dans l'espace libre du canal pelvien, en même temps que le fibrome était sollicité dans un sens inverse par les mêmes contractions.

Telle est, à mon avis, l'explication la plus plausible du phénomène dont il s'agit. En l'admettant comme fondée, on voit que l'implantation sur le col de la matrice d'un fibrome *sessile* et *sous-péritonéal*, loin d'être désavantageuse, paraît au contraire être plus favorable que si elle existait sur la partie inférieure du corps de cet organe. Dans le premier cas, en effet, l'obstruction du petit bassin tend à disparaître par le triple fait des contractions utérines, de la dilatation progressive de l'orifice et, finalement, de l'ascension de la tumeur au-dessus du détroit supérieur, tandis que, dans le second, elle est

sujette à persister en raison même du point d'implantation qui soustrait la tumeur à l'influence de ces causes de déplacement.

3° Quand le canal pelvien est obstrué par une tumeur utérine, il est constant que la fréquence relative des diverses présentations du fœtus est considérablement modifiée. L'extrémité pelvienne ou le tronc de l'enfant s'offre alors beaucoup plus souvent au détroit supérieur que dans les cas de bonne conformation. S'agit-il d'un cas de ce genre? L'accoucheur doit nécessairement subir cette situation et, à moins d'une grande facilité à opérer la version céphalique, il ne peut tenter l'extraction de l'enfant par les voies naturelles qu'en agissant sur les pieds ou sur le siège. Mais lorsque c'est, au contraire, la tête qui se présente, ne serait-il pas avantageux de pratiquer la version pelvienne, afin de favoriser ainsi le déplacement de la tumeur soit avec la main qui opère, soit en engageant dans l'espace libre du bassin, des parties fœtales progressivement plus volumineuses (jambes, cuisses, partie inférieure du tronc, etc.)? C'est là, Messieurs, une question importante de pratique à résoudre. J'espère que les exemples qui seront produits dans la discussion par plusieurs de nos collègues, serviront à jeter sur elle quelque lumière. Pour moi, quoique je sois peu disposé à adopter une telle pratique comme règle générale, je me hâte d'ajouter que jusqu'ici les faits parvenus à ma connaissance sont encore trop peu nombreux pour m'autoriser à formuler nettement une opinion. L'observation que je viens de relater prouve du moins que la présentation du sommet peut être favorable et comporter une issue heureuse de l'accouchement.

4° Pour terminer cette communication, Messieurs, permettez-moi d'aborder un point, à mon avis très-litigieux, de l'histoire des fibromes utérins; je veux parler de la vascularisation, de l'hypertrophie et du ramollissement de ces produits morbides *sous l'influence de la gestation*. Vous le savez, il est généralement admis de nos jours que la grossesse a pour effet ordinaire de provoquer ces diverses modifications dans les corps fibreux de la matrice. Dernièrement, MM. Depaul, Tarnier et Forget reproduisaient ici même cette opinion en l'appuyant de leur autorité. Moi-même, dans plusieurs publications, j'ai adopté cette croyance. Mais, je dois le dire, depuis lors plusieurs observations personnelles et l'examen plus sévère des fondements de la doctrine ont sensiblement modifié mes idées sur ce point. Loin de considérer ces faits comme incontestables, et surtout comme constituant des phénomènes *communs* de la grossesse, j'estime au contraire que leur réalité aurait besoin encore d'un complément de démonstration et que leur prétendue *fréquence*, en tout cas, n'est

moins que scientifiquement établie. Afin d'éviter toute confusion, je répète, j'entends parler ici de ces phénomènes en tant queendants de la gestation et provoqués par elle.

Sans doute, en considérant combien la vitalité de l'utérus s'accroît pendant la grossesse, combien ses vaisseaux, ses fibres et tous ses éléments s'hypertrophient sous cette influence, il est naturel de penser que les fibromes de cet organe, dont la constitution anatomique ressemble tant à la sienne, participent plus ou moins à ce mouvement vital et subissent, dès lors, des changements analogues dans leur état. C'est là, il faut en convenir, une présomption des plus fortes en faveur de la doctrine que je discute, et qui n'a pas peu contribué à la créditer. Mais, Messieurs, de simples présomptions, si fortes qu'elles, ne peuvent évidemment, dans l'espèce, légitimer une affirmation. Il faut, pour cela, plus que des raisons *à priori*; il faut des faits; et des faits significatifs. Voyons donc quelle est la valeur de ceux qui ont été produits en faveur de la cause.

Je vais auparavant, permettez-moi encore de faire remarquer que, si les circonstances de siège et de structure des fibromes utérins portent à penser que la grossesse exerce sur eux une réelle influence, il est d'autres particularités de ces tumeurs qui tendent, au contraire, à faire ignorer de cette idée; telles sont : 1° l'existence d'une couche cellulaire périphérique qui isole, en quelque sorte, le néoplasme du tissu environnant; 2° l'absence constante de *vrai* pédicule et de lien vasculaire artériel propres à établir, entre la tumeur et l'organe, une certaine continuité. Aussi, dans ces conditions, le fibrome semble-t-il avoir une vie propre, beaucoup plus indépendante et individuelle que celle de la matrice elle-même. Celle-ci, en effet, se trouve presque toujours profondément influencée par la présence du corps fibreux, tandis que ce dernier ne paraît l'être que fort rarement par les modifications utérines dues à la grossesse. C'est du moins ce que j'espère démontrer dans le cours de cette discussion.

La grossesse provoque-t-elle réellement, dans les fibromes utérins, un grand accroissement des vaisseaux sanguins, une augmentation du volume et un ramollissement très-notable de tissu? Et, si cette influence de la gestation existe, constitue-t-elle un fait ordinaire ou, au contraire, un fait exceptionnel? Pour le docteur Ashwel qui, l'un des premiers, a écrit sur ce sujet (*Gaz. méd. de Paris*, 1837), la solution de ces questions ne serait pas douteuse. « Les tumeurs, dit-il, se ramollissent vers les derniers mois de la gestation, l'accroissement de leur vascularité conduit nécessairement à l'inflammation; une suppuration de mauvais caractère se déclare et la mort arrive après l'ac-

couchement. C'est là, je crois, ajoute-t-il, l'histoire pathologique abrégée de ces sortes de tumeurs. » Mais pour appuyer cette manière de voir, quelles sont les preuves invoquées par l'auteur anglais? Quelques faits, la plupart écourtés et d'une signification, à mon avis, fort douteuse. Ainsi, pour ne parler que des deux plus explicites, on trouve dans l'un, à l'autopsie, « deux ou trois tubercules d'une *dureté cartilagineuse*; deux autres, du volume d'une grosse noix, sont enveloppés d'un kyste et ramollis dans leur intérieur. » Dans l'autre observation, on lit : « Le tissu de la tumeur était *peu vascularisé*; à sa face postérieure, elle était ramollie et fissurée, son intérieur offrait de la matière purulente de mauvaise nature. » Voilà donc, au sujet de la vascularisation, une simple et unique mention, et encore s'agit-il d'une mention restrictive plutôt que confirmative; relativement à l'augmentation de volume, il n'existe nulle indication; et, sur le fait du ramollissement, deux autopsies seulement semblent à peu près probantes. Toutefois, si l'on veut bien remarquer que, dans l'une, des *tubercules d'une dureté cartilagineuse* coexistaient avec des tubercules ramollis, et d'autre part que, dans les deux observations, aucun examen tendant à constater l'état des tumeurs avant la grossesse ne paraît avoir été pratiqué, on sera nécessairement conduit à restreindre la valeur de ces deux autopsies au sujet de la part réelle qui revient à la gestation dans l'altération des tumeurs.

On sait, en effet, que les fibrômes de la matrice peuvent se vasculariser, s'accroître rapidement et se ramollir en dehors de tout état de grossesse. Ces modifications de leur tissu constituent même un fait assez ordinaire dans leur évolution naturelle. Dès lors, comment affirmer, le plus souvent, que les altérations trouvées à l'autopsie dépendent de la gestation, surtout si les tumeurs sont de date ancienne ou si, dans leur voisinage, on en trouve d'autres qui offrent une dureté cartilagineuse? Comment comprendre que la grossesse exerce une action si puissante sur les unes sans modifier la marche des autres?

Qu'on lise l'observation de M. Huguier (*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1857, p. 94), celle du docteur Barnetche, dont nous a parlé M. Forget, celle de M. Blot, publiée dans la thèse d'agrégation de M. Tarnier, etc., et l'on se convaincra aisément que la suppuration ou le ramollissement central des tumeurs peut aussi bien être rapporté à l'évolution naturelle des fibrômes qu'à l'influence particulière de la grossesse. Quant à la tumeur molle et fluctuante, dont Cazeaux a entretenu la Société à la suite de la communication de M. Huguier (*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1857), elle ne peut être ici mise en cause, puisqu'il s'agis-

sait non point d'un corps fibreux, mais bien d'une véritable hypertrophie du tissu utérin. Il importe, d'ailleurs, dans cette question, de tenir un grand compte du temps qui, parfois, s'est écoulé entre l'accouchement et la mort de la femme; car si la grossesse, en elle-même, n'exerce sur la marche des fibrômes qu'une influence douteuse, il peut n'en être pas de même des contusions produites dans le cours du travail, de même que des opérations nécessitées par l'extraction du fœtus et des accidents inflammatoires qui, trop souvent alors, se manifestent dans le temps des couches.

En ce qui concerne l'accroissement rapide des tumeurs, même incertitude que pour le fait de leur ramollissement. On a cité des cas, il est vrai, dans lesquels des fibrômes de petit volume avaient sensiblement grossi dans le cours de la gestation. Mais comment a-t-on pu apprécier les vraies dimensions de ces tumeurs? Évidemment, ce n'est que par le toucher vagino-rectal ou par le palper abdominal. Or, avec le premier moyen, qui ne comprend que le développement progressif de la matrice, son poids croissant et les pressions qu'elle exerce sur les viscères voisins ne puissent rendre la tumeur plus explorable, plus accessible au doigt et, par conséquent, plus volumineuse en apparence qu'elle ne semblait l'être en l'absence de ces conditions? Lorsqu'on explore les fibrômes à travers la paroi abdominale, semblable illusion peut aussi se produire. Sur la fin de la grossesse, en effet, il arrive que la pression excentrique de l'œuf expulse, en quelque sorte, de la paroi utérine, les tumeurs qui y sont incluses. Celles-ci, dès lors, devenant plus superficielles, plus extérieures, si je puis ainsi dire, paraissent plus volumineuses qu'elles n'étaient auparavant, bien qu'elles n'aient pas changé de dimensions. Il arrive même que des fibrômes méconnus jusque là révèlent ainsi leur existence. Cette pression excentrique de l'œuf et ses effets sur le déplacement des corps fibreux sont si réels que, dans un cas (voir *Gaz. des Hôp.*, 1864, p. 210), nous constatâmes, M. Depaul et moi, chez une femme près d'accoucher, une large plaque dure qui occupait une grande partie de la paroi antérieure de la matrice. Cette espèce de gâteau aplati, qui dissimulait, pour ainsi dire, l'œuf derrière lui, était constitué par un gros corps fibreux que nous trouvâmes parfaitement sphérique après l'accouchement, c'est-à-dire quand la cavité utérine fut évacuée. La forme aplatie qu'il offrait sur la fin de la grossesse était due aux deux pressions en sens inverse de l'œuf et de la paroi abdominale antérieure.

Chez madame C..., dont j'ai donné l'histoire, les petites tumeurs qui occupent le corps de la matrice et qui, pendant la gestation,

paraissaient grosses comme des amandes, se reconnaissaient à peine, quelques jours après l'accouchement, sous la forme de légères inégalités à la surface de l'utérus. Or, pour moi, je n'hésite pas à penser que ce changement est bien plutôt le résultat d'une réintégration des tumeurs dans l'épaisseur de la paroi utérine, que celui d'une atrophie consécutive à la gestation.

Quant au premier fait que nous a sommairement relaté M. Forget dans sa communication, il me semble démontrer aussi que la grossesse n'a eu, sur le développement du fibrome, qu'une influence très-faible ou nulle. En effet, notre collègue nous apprend qu'une dame affectée d'une tumeur volumineuse de l'utérus devint successivement trois fois enceinte, conduisit à terme ses trois grossesses et n'eut de laborieux que le dernier accouchement. Pour que les choses se soient ainsi passées, il faut bien que l'accroissement de volume de la tumeur se soit opéré avec lenteur. Car, bien que M. Forget n'ait pas indiqué le laps de temps pendant lequel ces trois grossesses suivirent leur cours, ce n'est pas exagérer en le supposant d'au moins trois années. Si donc la tumeur a grossi dans cet intervalle, il n'y a rien là que de très-conforme à l'évolution habituelle des fibromes, et je ne puis voir dans ce cas un exemple décisif de l'action de la grossesse sur la célérité de développement de ces sortes de tumeurs.

Que si, maintenant, nous opposons à ces faits douteux le grand nombre de ceux dans lesquels la grossesse paraît n'avoir exercé aucune action sur l'évolution des fibromes; si, par exemple, nous rappelons le cas de M. Faliu, présenté dernièrement à la Société par M. Depaul, de même que celui dont je viens de donner la relation; si nous invoquons les faits de même genre qui se trouvent publiés dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1862, p. 61, et 1864, p. 197, un autre présenté, en mars dernier, à la Société anatomique par M. Lelong, etc., et tous ceux dans lesquels, à côté de corps fibreux plus ou moins altérés, on a rencontré de ces mêmes tumeurs à l'état de dureté cartilagineuse, nous serons évidemment portés à conclure :

1° Que la *réalité* des modifications imprimées à certains fibromes utérins par la gestation, quoique très-vraisemblable, manque cependant encore d'une rigoureuse démonstration;

2° Que l'influence dont il s'agit étant supposée incontestable, on ne saurait du moins la considérer jusqu'ici que comme un fait purement exceptionnel.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur sarcomateuse enkystée, développée au niveau de la commissure du premier et du deuxième orteil.

M. MARJOLIN. La tumeur que j'ai l'honneur de soumettre à votre examen a été enlevée il y a quelques jours chez un malade d'une cinquantaine d'années. Il y avait cinq à six ans que, sans cause connue, sans avoir reçu de contusion sur le pied et sans avoir été blessé par une chaussure, il avait vu survenir au niveau de la commissure du premier et du deuxième orteil une petite tumeur molle, indolente, sans changement de couleur à la peau, sans développement insolite des veines. Aucun changement appréciable n'avait eu lieu au début, mais, depuis deux ans, le volume de la tumeur avait notablement augmenté; elle avait la grosseur de la moitié d'une noix, s'étendait en arrière entre les deux premiers métatarsiens, sans plonger dans leur intervalle, et était devenue très-douloureuse dans la marche. Le malade pouvait encore porter des chaussures, mais il en souffrait.

La peau, dans ces derniers temps, était devenue rouge, un peu adhérente. Bien que l'examen de la tumeur fût très-douloureux au toucher, je dus, avant de prendre un parti, examiner si elle était mobile ou adhérente aux tissus voisins, et chercher à déterminer sa nature. S'agissait-il d'un kyste, d'un lipôme ou d'une tumeur sarcomateuse? Telle était la question. Après avoir constaté sa mobilité, l'absence de toute fluctuation, je pensai qu'en présence des douleurs ressenties par ce malade, nous devions avoir affaire à une tumeur sarcomateuse, et j'inclinai d'autant plus vers cette opinion que je me rappelai un cas presque semblable que j'avais vu dans le service de Blandin et de mon père à l'hôpital Beaujon. En conséquence, j'engageai le malade à se faire opérer le plus tôt possible. Je pratiquai l'extraction de la tumeur assisté de M. Chaume, interne de mon service. Après avoir, par l'anesthésie éthérée locale, diminué la sensibilité de la peau, je fis une incision elliptique, et la tumeur put être très-facilement énuclée. Elle ressemblait assez, comme vous le voyez, à une prostate; sa couleur était d'un rouge violet; la membrane d'enveloppe était assez résistante. L'opération fut aussi simple que possible. En examinant à l'œil nu sa coupe, elle présentait tout à fait l'aspect des tumeurs fongueuses sarcomateuses, ce qui est toujours à considérer au point de vue du pronostic.

L'examen de la pièce a été fait depuis par M. le docteur Cornil, et voici ce qu'il m'a écrit à ce sujet :

« La petite tumeur que vous nous avez envoyée présente par le râclage des petits éléments fibro-plastiques et de grosses cellules-mères à prolongements irréguliers, semblables aux éléments décrits par M. Robin sous le nom de myéloplaxes. Sur une coupe on trouve d'énormes noyaux à parois très-minces, remplis de sang, et un tissu composé des éléments précédents dans une substance fondamentale et fibrillaire.

« En résumé, c'est un sarcome : comme gravité il faut craindre une récurrence sur place et se regarder comme très-heureux si l'affection ne repullule pas. »

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, Dr LÉON LABBE.

SÉANCE DU 15 JUILLET 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— *L'Art dentaire*.

— *Le Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*.

— *Le Sud médical* (de Marseille).

— M. Duplay offre à la Société le premier fascicule du tome III du *Traité élémentaire de pathologie externe*, commencé par M. Follin. La Société remercie l'auteur.

DISCUSSION.

Luxations de la hanche.

M. DESPRÉS. La pièce présentée par M. Tillaux me paraît être une luxation congénitale. Je me fonde sur plusieurs caractères de cette luxation. D'abord, je n'ai point trouvé dans le tractus fibreux, donné

comme un vestige de la capsule, un débris de capsule. Autant que mes souvenirs me le rappellent, ce tractus fibreux renfermait du muscle et ne s'insérait pas sur l'épine iliaque antérieure et inférieure. Il y a une capsule nouvelle complète, et il n'y a pas d'arthrite sèche dans la cavité nouvelle, comme cela a lieu dans les luxations anciennes. J'ai remarqué aussi sur cette pièce la déformation triangulaire de la cavité cotyloïde, l'élévation du pubis, ce qui constitue deux caractères de la luxation congéniale. M. Anger a, dans son *Iconographie des maladies chirurgicales*, représenté la pièce d'une luxation très-ancienne. La cavité cotyloïde était remplie de graisse; la nouvelle cavité était aussi remplie de graisse, et il y avait de l'arthrite sèche. Je regrette que la pièce ne soit pas ici, j'aurais sans doute mieux expliqué ma pensée; mais autant que cela peut être affirmé quand les antécédents font défaut, je crois que M. Tillaux nous a présenté une luxation congéniale.

PROPOSITION RELATIVE AUX VACANCES.

Une proposition relative à la question des vacances, et appuyée par plusieurs membres, est déposée sur le bureau.

Une discussion s'engage alors entre plusieurs membres : MM. Broca, Trélat, Dolbeau, Marjolin, Chassaignac.

M. Broca fait observer que les vacances ont été décidées l'année dernière, et qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ce sujet. M. Dolbeau rappelle que la Société n'a pas été convoquée régulièrement, que ses délibérations ont eu lieu à un moment où elle n'était pas en nombre, et que, par conséquent, cette question doit être soumise de nouveau à la discussion.

Après quelques paroles encore échangées à ce sujet, la Société, consultée, décide que cette question sera mise à l'ordre du jour de la prochaine séance et traitée en séance publique.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. BLOT présente, de la part de M. le docteur Moralès : 1° un forceps auquel celui-ci a fait subir une modification qui consiste à avoir coudé l'instrument au niveau de sa partie articulée; 2° un porte-lacs particulier.

M. TARNIER. Je trouve peu utile de chercher à créer des instruments pour faciliter le glissement du lacs. Avec la main seule, on

peut porter le lacs sur le pied jusque dans l'utérus. J'ai exécuté plusieurs fois cette manœuvre très-facilement. Je fais un nœud coulant avec le lacs, et je porte celui-ci sur mes doigts jusque sur la partie à saisir.

M. BLot. Dans l'application du lacs, la difficulté ne consiste pas à introduire celui-ci autour du pied, mais, le plus souvent, à le serrer. Peut-être, dans ce dernier temps de la manœuvre, l'instrument de **M. Moralès** pourrait rendre service.

M. DEPAUL. Je pense que le besoin de la modification apportée au forceps par notre confrère ne se faisait pas sentir.

Quant à ce qui a trait au lacs, je suis un peu de l'avis de **M. Blot** contre **M. Tarnier**. Cela n'est pas facile de faire passer le nœud coulant de sur ses doigts sur la partie qu'on veut saisir. Le lacs est encore plus difficile à placer sur la main, et j'ai vu **M. Dubois** s'y reprendre à six fois.

Dans un voyage que j'ai fait en Belgique, j'ai vu un porte-cordon construit sur les indications de **M. Hyernaux**. Il consiste en une espèce de petite fourche qui supporte le lacs et paraît quelquefois pouvoir rendre service.

En résumé, tous ces instruments peuvent être utiles dans quelques cas exceptionnels, mais le plus ordinairement, la main suffit.

DISCUSSION.

Corps fibreux de l'utérus.

M. GUYON. J'ai été étonné en entendant les conclusions du travail lu par **M. Guéniot** dans la dernière séance. Il m'a paru que notre confrère tombait dans l'exagération en voulant nier les modifications dont les corps fibreux peuvent être le siège pendant la grossesse.

Je veux vous entretenir d'un fait que j'ai observé tout récemment et qui ne s'accorde pas du tout avec la manière de voir de **M. Guéniot**.

Il s'agit d'une femme qui porte un corps fibreux depuis quelques mois seulement, suivant elle, mais très-probablement depuis beaucoup plus longtemps. Il s'agit d'un corps fibreux interstitiel, l'utérus est en rétroversion et le col est porté en avant, derrière les pubis.

Cette femme venait à l'hôpital pour y être soignée d'une rétention d'urine. Lorsque je pratiquai le toucher, je pensai d'abord à une grossesse; mais cette femme m'affirma qu'elle était très-bien réglée et que les règles viendraient sans doute le lendemain.

Les règles vinrent en effet.

Lorsque la période menstruelle fut passée, je constatai que la tumeur était beaucoup plus dure et avait diminué de volume. Au début, il était impossible de pratiquer la réduction de la tumeur, tandis que cela devint très-facile, une fois l'époque menstruelle passée.

Il est bien évident qu'à chaque période des règles, cette tumeur devenait plus volumineuse et donnait naissance à une rétention d'urine.

En rapprochant ces faits, je crois pouvoir conclure que, même pendant la période menstruelle, un corps fibreux peut être modifié; mais assurément, pendant la grossesse, des modifications analogues peuvent avoir lieu, et parmi les faits de cette nature, celui cité par M. Danyau est un des plus complets. Ce corps fibreux avait pris un développement considérable pendant les premiers mois de la grossesse.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

Le secrétaire, Dr LÉON LASSÉ.

SÉANCE DU 22 JUILLET 1868

Présidence de M. LEGUEST

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Journal de médecine de l'Ouest*.

A la suite d'une discussion sur la proposition de suspendre les séances pendant la durée des vacances, discussion à laquelle prennent part MM. Marjolin, Chassaignac, Trélat, Verneuil, Depaul, Giraldès et Lefort, la Société décide qu'une Commission sera nommée pour faire un rapport sur cette question.

LECTURE.

M. BAILLY lit un mémoire sur un cas de corps fibreux de l'utérus accompagné de rétroversion momentanée de la matrice pendant les règles.

La séance est levée à six heures et demie.

Le secrétaire, D^r LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 29 JUILLET 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

RAPPORT.

M. SÉE donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Girault-Teulon, sur l'accommodation de l'œil. Le mémoire et le rapport sont renvoyés aux archives.

ÉLECTION.

La Société nomme une Commission chargée d'étudier la question du congé annuel. Après plusieurs tours de scrutin, sont nommés à la majorité absolue :

MM. Guérin, Broca, Trélat, Legouest, Verneuil.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. VERNEUIL présente une pièce pathologique provenant d'un malade âgé de 5 à 6 ans, atteint de décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur, pour lequel il pratiqua l'amputation de la cuisse.

DISCUSSION.

**Sur les corps fibreux de l'utérus comme obstacle
à l'accouchement,**

M. DEPAUL. Dans une de vos dernières séances, M. Guéniot vous a communiqué une très-intéressante observation relative à un fibrome

utérin saillant du côté de la cavité péritonéale, en grande partie engagé dans l'excavation pelvienne, et qui, par son volume, avait fait craindre les plus graves complications pour le moment de l'accouchement. Vous n'avez pas oublié comment les efforts naturels suffirent à dissiper des craintes pourtant bien légitimes, et comment la malade accoucha, sans grande difficulté, d'un enfant vivant et parfaitement viable.

Je viens aujourd'hui vous demander la permission de vous soumettre une observation qui a la plus grande analogie avec la précédente, et qui a eu une terminaison non moins heureuse.

L'étude et l'interprétation de ces deux faits, leur comparaison avec quelques autres que possède la science, ou avec ceux que j'ai pu déjà recueillir dans ma pratique, me permettront, j'espère, d'apporter quelque lumière dans une question d'obstétrique encore obscure et qui est digne, sous tous les rapports, de fixer l'attention des chirurgiens.

Voici d'abord cette observation :

Fibromes utérins péritonéaux multiples, compliquant une première grossesse, l'un d'eux obstruant presque complètement l'excavation. — Accouchement spontané et heureux pour la mère et pour l'enfant. —

Madame L..., femme d'un peintre distingué, âgée de 36 ans, mariée depuis six ans environ, avait toujours eu une excellente santé, et à part quelques irritations intestinales, on pouvait la considérer comme une femme forte et robuste.

Sa mère avait eu huit grossesses, dont trois doubles. Quant à elle, elle fut réglée à l'âge de 13 ans sans aucune difficulté, et depuis cette époque la menstruation suivit une marche régulière. L'écoulement sanguin ne durait que trois ou quatre jours chaque mois et était peu abondant et ne donnait d'ailleurs lieu à aucune douleur abdominale ou utérine.

Les cinq premières années de son mariage se passèrent sans qu'elle devint enceinte. Je dois dire cependant que cela dépendait probablement, non pas d'un état utérin qui aurait rendu la conception difficile, mais bien de dispositions particulières prises par le mari, qui préférerait se réserver pour plus tard les douceurs de la paternité. Je me suis cru autorisé à commettre cette petite indiscretion pour qu'on ne se livrât pas à des interprétations erronées.

La dernière apparition des règles avait eu lieu le 30 août 1867. Déjà vers la fin du mois de septembre elle éprouvait du malaise et des

besoins fréquents d'uriner, surtout la nuit. Dans le milieu du mois d'octobre, des troubles dans les fonctions digestives commencèrent à se manifester. Dégoût pour les aliments, dyspepsie, etc. A la fin de ce mois, un vomissement eut lieu le matin, à jeun. Au commencement de novembre, madame L... étant alors à la campagne (en Bourgogne), reconnut qu'elle avait une tumeur dans le ventre. Un médecin de la localité fut consulté et ne lui cacha pas que le cas lui paraissait très-embarrassant. Toutefois il émit l'opinion qu'il y avait probablement une grossesse compliquée d'une maladie.

De retour à Paris, elle demanda, le 25 novembre, les conseils de M. le docteur Lorain, qui était depuis longtemps le médecin et l'ami de la famille. Celui-ci reconnut la présence de tumeurs fibreuses dans l'abdomen et le bassin, et il conseilla d'aller consulter M. Nélaton, qui, de son côté, constata les tumeurs et soupçonna la grossesse, sans toutefois pouvoir en obtenir la preuve certaine. Aussi il recommanda de ne rien faire pour le moment et d'attendre qu'on fût fixé sous ce dernier rapport.

Du 12 au 14 janvier, madame L... sentit les premiers mouvements de son enfant, et le 25 février M. Lorain entendit très-nettement les battements du cœur fœtal. Le doute n'étant plus possible et notre confrère comprenant toute la gravité de la situation, voulut bien réclamer mes conseils.

Le 14 mars de cette année, il accompagna madame L... chez moi, et tous deux me donnèrent les renseignements que je viens de relater. J'ai déjà dit que la dernière époque des règles remontait au 30 août 1867; mais j'appris en outre qu'il y avait des raisons toutes particulières pour admettre que la conception avait eu lieu le 8 septembre. Je pus donc établir qu'au moment de mon premier examen la grossesse était arrivée à six mois et une semaine.

Il me fut d'abord facile de m'assurer de sa réalité. Une ligne brun foncé, s'élargissant au niveau de l'ombilic, existait sur le trajet de ligne blanche. Le ventre, sur lequel je reviendrai bientôt, était notablement développé, mais avait une forme insolite. Les seins, fermes et volumineux, offraient des aréoles et des mamelons colorés en brun foncé. Les tubercules papillaires étaient plus gros que d'habitude. Enfin, pour épargner des détails inutiles, je dirai que par l'auscultation j'entendis les battements du cœur fœtal un peu au-dessous de l'ombilic et le bruit de souffle utérin dans la région latérale gauche.

A la simple inspection, la conformation de l'abdomen offrait quelque chose d'inaccoutumé. En avant et un peu à gauche, à deux doigts de l'ombilic, on voyait se dessiner une bosselure arrondie que la palpa-

tion me montra bientôt être mobile et que je pus alternativement incliner à droite et à gauche en la faisant glisser entre l'utérus et les parois abdominales. Cette bosselure, assez régulièrement arrondie, avait le volume d'une mandarine et tenait par un pédicule à gauche de la paroi antérieure de la matrice. Sa consistance assez ferme donnait la sensation des corps fibreux ordinaires. Dans une région un peu plus élevée et à peu près sur la ligne médiane, je découvris un autre fibrome ayant environ la grosseur de l'extrémité du pouce, arrondi à son sommet, faisant une saillie d'à peu près 2 centimètres, plus dur que le précédent, enchâssé par une large base dans le tissu utérin et complètement immobile. Entre ces deux tumeurs et dans toute la région latérale gauche, les parois de la matrice présentaient leur souplesse ordinaire. Mais à droite et en bas, au-dessus de la branche horizontale du pubis de ce côté, je sentis, s'élevant jusqu'à deux doigts de l'ombilic, une masse épaisse s'étendant vers la fosse iliaque droite et tenant à la partie correspondante de l'utérus, dont elle était manifestement une émanation. On ne pouvait lui communiquer aucun mouvement spécial, et elle ne subissait d'autres déplacements que ceux qu'on imprimait à l'utérus tout entier. Il était évident qu'il tenait au tissu utérin par une large base. Sa consistance, ferme, l'était cependant un peu moins que celle des deux fibromes précédemment décrits. Tout indiquait d'ailleurs que cette masse plongeait dans la cavité pelvienne avec une partie du segment inférieur de la matrice.

Le toucher vaginal me permit de constater en effet que les deux tiers de l'excavation étaient occupés par une prolongation de cette tumeur qui, par sa partie inférieure, descendait presque jusqu'à la branche ischio-pubienne droite, en rapport par sa surface externe avec la région latérale droite du bassin et empiétant même un peu en arrière sur le côté opposé. Comme elle était un peu plus épaisse à sa partie supérieure, il en résultait que l'obstruction du bassin allait en augmentant de bas en haut. Cette portion pelvienne de la tumeur me parut un peu plus souple que la partie qui dépassait le pubis. Elle était complètement immobile, et les efforts que je fis pour la soulever restèrent infructueux. Le col de la matrice, très-élevé, fut difficilement atteint. Il était fortement rejeté à gauche et en arrière et comme accolé à la paroi correspondante du bassin. Peu long et déjà ramolli, il semblait sortir de la masse fibreuse avec laquelle il était très-intimement uni par toute sa région gauche. Aucune partie fœtale n'était accessible.

Arrivé à ce point de mon examen, je me crus suffisamment renseigné pour établir mon diagnostic. Il était évident que j'avais sous les

yeux une femme grosse d'un peu plus de six mois avec un utérus à la surface externe duquel proéminaient plusieurs corps fibreux. J'ai à peine besoin de dire que toutes mes préoccupations se portèrent sur celui que j'ai décrit en dernier lieu et qui obstruait déjà le bassin dans de si grandes proportions. Je n'eus pas de grands efforts à faire pour communiquer mes inquiétudes à M. Lorain, qui avait déjà compris toute la gravité de la situation.

A partir de ce moment, il fut décidé que je prendrais la direction de la malade, et comme j'étais très-désireux d'étudier avec grand soin ce fait intéressant, je demandai à la voir tous les quinze jours. C'est ce qui eut lieu, en effet, à partir du 14 mars. Madame L..., qui comprenait très-bien sa position exceptionnelle, vint régulièrement chez moi, et à chacune de ses visites je recommençais un examen complet. Il devint très-évident que les trois fibrômes s'accroissaient dans une proportion notable et que celui qui s'engageait dans le bassin y occupait une place de plus en plus grande. Chaque fois je trouvais un peu diminué l'espace qui existait à gauche et en arrière, et le col devenait plus difficile à atteindre. Je pus noter en même temps que la consistance de la masse pelvienne diminuait. Pareille modification se produisait pour la tumeur pédiculée. La petite tumeur à base large resta beaucoup plus dure.

Après deux mois d'observation, ne voyant aucune modification favorable se manifester qui permit d'espérer une terminaison heureuse, je résolus, dans l'intérêt de la malade et aussi pour mettre ma responsabilité à couvert, de provoquer une consultation. La famille m'ayant laissé toute latitude, je priai MM. Nélaton, Lorain, Tarnier et Guéniot de vouloir bien se joindre à moi, et le 20 mai nous nous rendîmes chez madame L...

Après avoir exposé à mes confrères ce que j'avais constaté à ma première visite, qui remontait alors à deux mois et une semaine, après leur avoir fait part de mes observations nouvelles dans mes examens successifs, chacun d'eux se livra à une investigation longue et minutieuse, de laquelle il résulta une opinion unanime au point de vue de l'état anatomique, qui fut la confirmation de ce que j'ai précédemment indiqué sous ce rapport.

Tous mes confrères furent frappés de la place considérable que le fibrôme inférieur occupait dans la cavité pelvienne ; ils constatèrent son immobilité, l'élévation du col et son refoulement à gauche et en arrière.

Quant aux deux autres tumeurs, on les examina ; mais elles étaient trop élevées au-dessus du détroit abdominal pour faire craindre

quelques difficultés au point de vue des phénomènes mécaniques de la parturition.

Une longue discussion s'engagea ensuite sur les éventualités possibles et sur ce que je pourrais être appelé à faire au moment de l'accouchement. Je ne crois pas nécessaire de reproduire ici les différentes opinions qui furent émises. Je me contente de dire que tout le monde fut d'accord sur les résolutions suivantes : 1° laisser la grossesse arriver à son terme ; 2° faire une large part, au moment de l'accouchement, aux efforts naturels ; 3° les aider par tous les moyens possibles, pour désobstruer le bassin ; 4° se tenir prêt pour l'opération césarienne, dans le cas où la tumeur ne se déplacerait pas.

Les consultants étant nombreux et chacun ayant cru devoir examiner avec détail, notre réunion, qui dura longtemps, fut un peu fatigante pour madame L... A partir de ce moment, elle éprouva de temps en temps quelques petites douleurs dans la région utérine ; mais, pendant sept à huit jours, elles restèrent assez faibles et assez éloignées, et elle ne crut pas devoir me prévenir.

Le 28 mai, à deux heures et demie du matin, des contractions utérines plus rapprochées et plus douloureuses se déclarèrent. Ne se produisant d'abord que tous les quarts d'heure, elles se rapprochèrent insensiblement et ne furent bientôt plus séparées que par des intervalles de quatre à cinq minutes.

A huit heures et demie du matin, les membranes s'ouvrirent spontanément, et il s'écoula une assez grande quantité de liquide amniotique. On partit alors pour me prévenir, et comme je n'étais pas chez moi, on courut successivement chez MM. Lorain, Guéniot et Tarnier, et c'est ce dernier qu'on put enfin rencontrer. Il était environ dix heures et demie quand il arriva : le toucher lui permit de constater qu'un pied avait franchi l'orifice et était profondément engagé dans le vagin. Il reconnut en outre que la tumeur s'était sensiblement déplacée et qu'elle laissait à gauche du bassin un espace plus considérable.

J'arrivai moi-même trois quarts d'heure après et je pris la direction de l'accouchement. Le pied droit, ayant une teinte violacée, petit et appartenant évidemment à un enfant d'un volume moyen, se voyait entre les grandes lèvres. Le cœur fœtal battait régulièrement. Les contractions utérines revenaient toutes les trois ou quatre minutes et étaient énergiques. Le doigt introduit dans le vagin trouva l'orifice encore élevé et traversé par le membre inférieur, dont le pied se voyait à l'extérieur. L'autre membre était resté fléchi et le second pied était encore au niveau du détroit supérieur. Le cordon ombilical ne faisait pas procidence ; quant à l'orifice, il était déjà notablement di-

laté. Le diamètre de son ouverture me parut être d'environ 4 à 5 centimètres; mais ce qui me frappa surtout, ce furent les modifications importantes qui s'étaient produites dans les rapports de la tumeur avec l'excavation pelvienne. Celle-ci qui, naguère, était obstruée dans plus des trois quarts de son étendue à la région supérieure, me parut débarrassée du fibrôme dans plus de la moitié de sa capacité, et c'est naturellement du côté gauche que la place s'était faite.

Ce résultat n'était pas dû à l'aplatissement de la tumeur, mais celle-ci avait évidemment exécuté un mouvement ascensionnel, et on la trouvait beaucoup plus volumineuse à droite de l'abdomen. Je compris que la malade était sauvée et que j'allais voir se compléter, par les seuls efforts naturels, ce qui était déjà si largement commencé. Je n'ai pas besoin de dire avec quel intérêt je suivis les différentes phases de ce travail. Je vis se produire une dilatation de plus en plus grande. La tumeur remonta progressivement vers l'abdomen, et bientôt ce qui restait encore dans la partie supérieure de l'excavation devint assez mobile pour qu'il me fût facile de l'en éloigner complètement avec le doigt.

Vers midi et quart, la dilatation était à peu près complète, et l'extrémité pelvienne un peu plus engagée. Voulant augmenter l'énergie des contractions utérines qui s'affaiblissaient depuis quelque temps, je fis prendre 2 grammes de seigle ergoté en quatre doses. L'action du médicament ne tarda pas à se faire sentir, et je plaçai alors la malade en travers, sur le bord d'un lit suffisamment élevé pour être en mesure de seconder le passage de l'enfant. Au moment d'une contraction, le doigt indicateur de la main droite me servit à remonter au-dessus du détroit supérieur ce qui restait encore de la tumeur, et au même instant, saisissant avec la main gauche le membre inférieur déjà sorti, j'engageai définitivement le pelvis jusqu'au détroit inférieur. Après avoir veillé à la sortie des hanches et m'être assuré de l'état du cordon, je dus intervenir pour le dégagement des bras, qui s'étaient relevés. La manœuvre ne fut pas longue, mais de plus grandes difficultés m'attendaient pour l'extraction de la tête. J'avais eu soin de diriger l'occiput en avant, et cependant, pour l'entraîner, il me fallut porter deux doigts de la main gauche sur la nuque, introduire deux doigts de la main droite dans la bouche et tirer assez fort pendant plusieurs minutes. Je dois dire, toutefois, que la difficulté ne dépendit pas de la tumeur, mais bien du plancher du bassin, qui était épais et résistant.

Le cordon fut coupé et lié immédiatement. L'enfant était pâle, anémique et dans un état de mort apparente aussi complet que possible.

Ses membres étaient flasques; il ne fit aucune inspiration, et l'examen du cœur ne me permit pas de constater la plus légère pulsation. Je le portai sur une table, et là, après avoir débarrassé la bouche de mucosités abondantes et avoir sans succès, pendant quelques minutes, employé les moyens ordinaires, j'eus recours à l'insufflation pulmonaire. Le premier résultat obtenu fut de faire battre le cœur, et bientôt se produisirent quelques petites inspirations spontanées. Après vingt ou vingt-cinq minutes de soins, l'enfant était complètement ranimé et poussait des cris rassurants.

Je revins alors à la mère, et trouvant le placenta dans le vagin, j'en fis l'extraction à l'aide de quelques tractions sur le cordon. Il ne s'écoula qu'une très-petite quantité de sang, moins que chez la plupart des femmes. L'état général était excellent, le poulx parfaitement calme, et madame L... fut remise dans son lit, très-heureuse d'en être quitte à si bon compte. Avant de m'en aller, je voulus savoir ce qu'étaient devenues les tumeurs, et je fis un examen par le ventre et par le vagin : l'excavation était complètement débarrassée. Le col seul, épais et peu long, en occupait le centre et était très-élevé.

A travers les parois abdominales, on sentait une grosse masse inégale dépassant de quatre travers de doigt la cicatrice ombilicale et s'étendant d'une fosse iliaque à l'autre. A droite, on distinguait le fibrôme inférieur, formant une grande partie de la tumeur et remontant jusqu'au dessus de l'ombilie.

Plus à gauche que pendant la grossesse, la tumeur fibreuse pédiculée et plus mobile; au milieu est à peu près au niveau de l'ombilie, le petit fibrôme à base large, toujours plus dur que les deux autres.

Les deux premiers jours se passèrent dans un état parfait. Lochies sanguines très-modérées, sans caillots et sans fétidité. La mlaade urine sans difficulté. Les nuits sont excellentes; poulx à 80. Pour boisson, infusion de fleurs de tilleul et sirop de cerises étendu d'eau. Comme aliments, du bouillon et des potages.

Le 31 mai. même état général excellent. Il survient seulement de violentes tranchées utérines qui sont combattues avec avantage par des onctions sur l'abdomen avec une pommade belladonnée et l'administration de petits lavements laudauisés. Poulx à 80; même régime.

1^{er} juin. — Les coliques sont revenues pendant la nuit et ont été très-violentes. L'état général est d'ailleurs toujours satisfaisant. On revient à l'usage de la pommade belladonnée et des lavements laudauisés, et le calme ne tarde pas à reparaitre.

2 juin. — Déjà, depuis la veille, la montée du lait a commencé à se faire. Je trouve les seins fermes et un peu sensibles au toucher; le

pouls bat toujours 80 fois par minute. Madame L... se plaint de nouveau de tranchées, qui sont encore calmées par les mêmes moyens. Les lochies sont encore sanguinolentes, mais en petite quantité. Le col, très-élevé, se trouve dans la direction de l'axe du détroit supérieur; la tumeur ne s'est pas réengagée. Le fond de la matrice s'élève de trois doigts au-dessus de l'ombilic.

Le 3 juin, madame L... est purgée avec 30 grammes d'huile de ricin et du bouillon aux herbes. Plusieurs garde-robes sont obtenues et l'état est toujours excellent.

Le 4 et le 5 juin, rien de particulier à noter. On donne quelques aliments solides qui sont très-bien supportés.

Le 6 juin, le fond de l'utérus s'est encore abaissé : il ne dépasse plus que de deux doigts la cicatrice ombilicale. Le fibrôme inférieur diminue un peu de volume; il en est de même de celui qui est pédiculé et toujours mobile. Depuis quelques jours, on le trouve presque constamment au-dessous de la région épigastrique, à peu près sur la ligne médiane.

Le 7 juin, le fond de l'utérus ne dépasse plus que d'un doigt l'ombilic. Il est vrai que le segment inférieur, moins volumineux, est un peu descendu dans l'excavation, entraînant le fibrôme qui remplit à peu près la moitié de la région supérieure de cette cavité. Il s'écoule toujours un peu de sang.

A partir de ce moment, j'ai vu madame L... presque tous les jours et je l'ai complètement examinée un grand nombre de fois. Pour ne pas augmenter les proportions de cette observation, déjà très-longue, je me contenterai de résumer très-brièvement les principales remarques que j'ai faites et surtout celles qui se rapportent au retrait de l'utérus et des tumeurs.

La masse totale représentée par l'utérus et les fibrômes qui en constituent maintenant la plus grande partie, s'élève encore, jusque vers le 15 juin, un peu au-dessus de l'ombilic. Dès cette époque, elle diminue insensiblement chaque jour, et il est facile de reconnaître que c'est aux dépens du tissu utérin que la diminution s'opère. Le corps fibreux pédiculé, qui était resté pendant plusieurs jours au-dessus de l'ombilic, se porte petit à petit à gauche et se cache de plus en plus dans la fosse iliaque de ce côté. Le corps fibreux principal entoure la partie inférieure de l'utérus dans plus de la moitié de sa circonférence. La partie inférieure reste définitivement engagée dans l'excavation, tandis que, par la partie supérieure, il continue à s'élever à plusieurs travers de doigt au-dessus du pubis. Quant au petit fibrôme, il occupe toujours la partie médiane; il paraît se deta-

cher du fond de la matrice et reste longtemps voisin de l'ombilic. Un écoulement sanguin très-peu abondant dès le début a continué, en diminuant, mais presque sans interruption, pendant quatre semaines. Durant tout ce temps, j'ai tenu madame L... couchée dans son lit, et c'est seulement lorsqu'elle n'a plus rien perdu que je l'ai autorisée d'abord à se placer sur un canapé, puis à faire quelques pas dans sa chambre et enfin bientôt à sortir et à reprendre sa vie ordinaire. Je dois dire que tout cela a pu être fait sans aucun inconvénient; j'ai pris la précaution de lui faire porter une ceinture élastique pour soutenir la région inférieure du ventre, et je continuerai à la voir de temps en temps pour étudier jusqu'à la fin ce qui se passera du côté des tumeurs.

Ma dernière visite est du 9 juillet, et voici ce que j'ai noté :

Le fond de l'utérus est à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Ce qui me démontre que c'est bien lui que je touche, c'est que je retrouve implanté, sur sa partie la plus élevée, le petit fibrome immobile dont j'ai déjà si souvent parlé. Le fibrome du côté droit s'élève encore presque aussi haut que le fond de la matrice. Par en bas, il plonge toujours dans l'excavation dont il remplit encore une notable partie. Le col, peu saillant, est incliné à gauche et en arrière et paraît se détacher comme une saillie sculptée dans la masse fibreuse, qui le dépasse un peu à droite. Le fibrome pédiculé est couché dans la fosse iliaque gauche, dans laquelle il jouit d'une grande mobilité.

Quant au volume de ces tumeurs, il me paraît incontestable qu'il a déjà très-sensiblement diminué. C'est surtout pour celle qui est pédiculée que cela me paraît évident. La droite conserve encore un diamètre vertical considérable, mais il ne me paraît pas douteux que transversalement, et d'avant en arrière, elle ait déjà perdu sensiblement de ses dimensions.

Sous le rapport de la consistance, je crois pouvoir affirmer également qu'elle devient chaque jour plus considérable. Au reste, un mois et douze jours se sont à peine écoulés depuis l'accouchement, et l'observation de faits analogues m'a démontré qu'il fallait un temps plus long pour bien apprécier les changements complets qui peuvent se produire dans les fibromes utérins. Il sera donc intéressant de suivre encore pendant longtemps madame L..., et je me ferai un devoir de soumettre à la Société mes nouvelles constatations.

J'ajoute en terminant que l'enfant, qui est du sexe masculin, ne pesait que 2 kilos 500 grammes au moment de la naissance. Il a été confié à une bonne nourrice, et aujourd'hui (9 juillet), il se développe à merveille et pèse déjà 3 kilos 635 grammes.

P.-S. — J'ai vu madame L..., pour la dernière fois, le 25 juillet. La diminution des tumeurs continue, d'une manière très-notable, du côté de l'abdomen et du côté de l'excavation pelvienne.

J'ai appris hier, 28, qu'elle avait ses règles depuis la veille. Je ne manquerai pas de l'examiner dans quelques jours, et à la manière dont les choses se sont passées depuis deux ou trois semaines, je ne doute pas qu'il ne me soit donné de constater une nouvelle diminution dans le volume des fibrômes.

Je ne manquerai pas de tenir la Société au courant des résultats que je constaterai.

La séance est levée.

Le secrétaire, Dr LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 5 AOÛT 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

- Les journaux de la semaine.
- La *Gazette médicale de Strasbourg*.
- Le *Bulletin de thérapeutique*.
- Les *Archives générales de médecine*, numéro d'août.
- La *Revue médicale de Toulouse*.
- Le *Sud médical*.

— M. LIÉGEOIS dépose sur le bureau, de la part de M. Byasson, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi : *Essai sur la relation qui existe à l'état physiologique entre l'activité cérébrale et la composition des urines*; de la part de M. le docteur Guillaume, l'article *Bégaiement*, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

— M. Samuel Gross, professeur de chirurgie à Jefferson-Médical-College, à Philadelphie, adresse à la Société deux ouvrages importants : *A practical Treatise on the diseases, injuries and malformations of the urinary bladder, the prostate gland and the urethra*. Philadelphie, 1855, 1 vol. in-8°. — *A system of surgery*. Philadelphie

1866, 2 volumes in-8° avec nombreuses figures intercalées dans le texte.

— Lettre de M. Broca, annonçant la mort de M. Middeldorpf, membre correspondant, à Breslau.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret et décide qu'elle prendra des vacances du 15 août au 1^{er} octobre.

Reprise de la séance publique.

COMMUNICATIONS.

Nouveau procédé pour l'ablation des amygdales.

M. BROCA fait part à la Société d'un nouveau procédé pour l'ablation des amygdales, applicable surtout dans les cas où les amygdales sont enfoncées et concaves.

C'est une combinaison du procédé ordinaire et de celui de Fahnestoek. Une érigne étant introduite dans l'anneau de l'instrument de Fahnestoek, l'amygdale est saisie, attirée en dehors et coupée avec la guillotine.

M. DOLBEAU, sans réclamer la priorité, dit qu'il s'est servi du même procédé. Il conseille de donner la préférence, d'une manière générale, à l'instrument de Fahnestoek, le procédé ordinaire, avec l'érigne et le bistouri pouvant donner lieu, en des mains inhabiles, aux plus graves accidents. Il cite à l'appui le fait d'un enfant chez lequel un médecin pratiquait l'ablation des amygdales par le procédé ordinaire, et qui, ayant fermé convulsivement la bouche, eut la langue profondément coupée par le bistouri. Il en résulta une hémorrhagie des plus graves dont l'enfant ne guérit que par la ligature en masse de la langue, et en conservant ses amygdales.

M. GUERSANT se prononce pour l'amygdalotomie par l'instrument de Fahnestoek.

M. TARNIER signale la difficulté que l'on éprouve quelquefois à soulever l'amygdale, lorsque la glande est ramollie.

M. GIRALDÈS. En général, chez les enfants, les amygdales sont proéminentes : elles se développent souvent en bas ; mais il est toujours possible, en explorant préalablement l'arrière-gorge, de déterminer leur situation et leur volume et de se servir de l'instrument de Fahnestoek.

DISCUSSION.

Fibrômes sous-péritonéaux de l'intérus (suite).

M. DEPAUL continue une communication relative à ce sujet.

Il examine d'abord l'influence que ces fibrômes peuvent exercer sur

la santé des femmes au point de vue de la grossesse. D'après son observation, ces fibrômes sous-péritonéaux s'opposent rarement à la fécondation et ne déterminent pas de troubles de la menstruation, contrairement à ce que l'on observe pour les fibrômes qui font saillie du côté de la cavité utérine. Cependant cette opinion ne doit pas être donnée comme absolue; certaines de ces tumeurs peuvent donner lieu à des phénomènes inflammatoires, à des métrites. Dans un cas cité par M. Depaul dans la dernière séance, une tumeur sous-péritonéale s'est développée dans le petit bassin et a déterminé des accidents tels que l'avortement a dû être provoqué.

En réponse à l'assertion de M. Guéniot, qui ne croit pas à l'augmentation des corps fibreux ni à leurs modifications de consistance pendant la grossesse, M. Depaul rappelle les observations lues par MM. Guyon et Bailly. De plus, M. Depaul a vu par lui-même des faits qui ne laissent aucun doute sur l'augmentation de volume des fibrômes, soit à l'époque des règles, soit pendant la grossesse.

Outre l'observation qu'il a lue dans la dernière séance et qui ne doit laisser aucun doute sur l'augmentation de volume des fibrômes pendant la grossesse, M. Depaul rapporte les deux faits suivants :

Une dame de 42 ans, mariée depuis vingt-deux ans, sans enfants, a été vue par M. Depaul, conjointement avec M. Lasègue, au début d'une grossesse qui paraissait encore douteuse. Sur la face antérieure de l'utérus, existait un petit fibrôme du volume de l'extrémité du pouce. Au bout d'un mois, l'utérus se développe et la grossesse devient évidente. La malade fut examinée tous les quinze jours par M. Depaul, qui constata que le fibrôme, en même temps qu'il s'élevait avec l'utérus, grossissait de jour en jour. Au moment de l'accouchement, il avait atteint le volume d'une orange; puis après l'accouchement, il reprit graduellement le volume qu'il avait au commencement de la grossesse.

Dans le second fait, il s'agit d'une femme de 31 ans, enceinte pour la première fois. Examinée à quatre mois et demi, on lui trouva, à la paroi antérieure de l'utérus, un fibrôme pédiculé, un peu plus volumineux que celui de l'observation précédente. Le même phénomène s'est produit : la tumeur a grossi graduellement, et en trois mois, elle a acquis le volume du poing. Quatre mois et demi après l'accouchement, cette même tumeur était réduite au volume d'une noix.

M. Depaul remet à la séance suivante la suite de son argumentation et conclut, d'après les faits précédents, que les fibrômes sous-péritonéaux augmentent de volume pendant la grossesse pour reprendre leurs dimensions premières après l'accouchement.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

Irrigateur vésical.

M. LEGUEST met sous les yeux de la Société de chirurgie un *irrigateur vésical* (voy. fig.), construit par MM. Robert et Collin, sur les indications de M. le docteur Amussat fils, pour expulser de la vessie les détritns lithides, après l'opération de la taille périnéale, lorsque le chirurgien s'est trouvé dans l'obligation de fragmenter le calcul, à cause de ses trop grandes dimensions.

Cet instrument, dont le mécanisme est le même que celui du lithotome double de Dupuytren, se compose d'un tube d'argent T, terminé par une boucle de même métal A, munie de deux fentes à chancrures, destinées à donner passage au liquide.

Le tube d'argent est maintenu dans une gouttière d'acier C, entourée d'un manche M, afin d'offrir la résistance nécessaire pour l'écartement des tissus.

Trois tiges d'acier, B, B' et B'', destinées à écarter les tissus, sont articulées en K, de manière à pouvoir s'écarter à volonté du tube T.

Un bras de levier, D, sert à rapprocher ou à écarter les tiges d'acier B, B' et B''.

L'extrémité O du tube d'argent s'engage dans la canule d'une seringue ordinaire, munie d'un robinet à double effet, qui permet d'aspirer le liquide à l'aide d'un tube en caoutchouc pour la remplir, et lorsqu'il a subi un quart de rotation, d'injecter avec force le liquide dans la vessie, en le faisant passer par le tube d'argent T de l'irrigateur.

Pour introduire l'instrument dans la vessie, on rapproche les tiges d'acier du tube d'argent. Pour nettoyer la vessie, on les écarte.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, D^r LÉON LABBÉ.



SÉANCE DU 12 AOUT 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

- Les journaux de la semaine;
- *Le Montpellier médical*;
- *Le Journal de Médecine et de Chirurgie*;
- *Le Journal de Médecine de l'Ouest*.

— Une note adressée par le docteur Sirius Pirondi, membre correspondant, sur une tumeur du sein. M. Després a examiné cette tumeur et remis une note ci-jointe.

M. DESPRÉS. L'examen microscopique de la tumeur de la mamelle envoyée par M. Sirius Pirondi permet d'affirmer qu'il s'agit d'un adénome mammaire renfermant des kystes. On trouve des culs-de-sac glandulaires remplis d'épithélium nucléaire normal. C'est là un exemple de ces gros adénomes kystiques que l'on a appelés, en Allemagne, adéno-sarcomes ou cysto-sarcomes, et qui ont été bien étudiés à la Société anatomique.

— M. GINALDÈS communique de la part de M. Stahl un nouveau mode d'appareil plâtré et dépose une note relative à ce sujet.

— M. GUYON communique une observation de fracture du pubis par contraction musculaire, transmise par M. Letenneur.

Fracture du pubis par contraction musculaire.

Rose-Julie P..., âgée de 43 ans, est une forte femme aux allures masculines, faisant le métier de portefaix et ayant longtemps porté des habits d'homme pour travailler avec plus de facilité.

Pendant les premiers jours d'avril 1868, elle était occupée avec son mari, âgé de 63 ans, à bord d'un bateau chargé de pierres. Il s'agissait de déposer ces pierres sur le quai, auquel le bateau était fixé;

, pour épargner de la fatigue à son mari, la femme P... se char-
geait des pierres les plus lourdes, dont le poids moyen était de
40 livres.

C'est en se livrant à ce travail qu'elle éprouva l'accident pour
lequel elle est venue se faire soigner à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

Voici comment elle raconte ce qui lui est arrivé :

Elle venait de prendre au fond du bateau une de ces grosses pierres
qu'elle soulevait avec peine jusqu'au niveau du pubis, sur lequel elle
appuyait. Le corps était penché en avant, et pour placer la pierre sur
le quai, il fallait l'élever encore de 30 à 40 centimètres. La femme P...,
dont les bras étaient impuissants pour cette lourde tâche, réunissant
toutes ses forces, se redressa et poussa la pierre sur le bord à l'aide
de son ventre. La pierre arriva au but, mais la pauvre femme sentit
une vive douleur dans l'aîne gauche, sans craquement. Elle compara
cette douleur à une déchirure. Malgré cela, elle termina sa journée,
mais sans s'attaquer à d'aussi lourds fardeaux.

Le lendemain elle transporta, tout le jour, des pierres dans une
voiturette.

Le surlendemain, elle fit à pied un trajet de 7 à 8 kilomètres.
A mesure qu'elle avançait, la douleur de l'aîne gauche augmentait et
elle éprouvait une sensation étrange qui lui faisait dire que son corps
ouvrait comme si elle accouchait. Arrivée au terme de sa course,
elle tomba de fatigue et se sentit incapable de faire un pas de plus.
On fut obligé de la ramener à Nantes, couchée dans un bateau; elle
resta sur le lit pendant quatre jours, après quoi elle se fit trans-
porter à l'hôpital, où elle fut placée dans un service de médecine,
comme atteinte de paraplégie. Les circonstances dans lesquelles la
maladie s'était produite et l'impossibilité de remuer les membres
inférieurs donnaient à ce diagnostic toutes les apparences de la
vérité. Cependant la sensibilité était intacte sur tous les points;
mais, d'un autre côté, le troisième jour de son entrée à l'hôpital, il y
eut une rétention d'urine qui nécessita l'emploi de la sonde. C'est alors
que, pendant des recherches répétées faites dans le but de justifier et
de préciser le diagnostic, on entendit une crépitation osseuse qui avait
eu lorsque la malade était placée sur le côté. Il fut facile de recon-
naître l'existence d'une fracture du bassin, et la malade fut dirigée sur
le service de clinique chirurgicale, où nous la vîmes pour la première
fois le 4 mai.

La malade est couchée sur le dos. Aucune déformation n'existe à
première vue dans le bassin. Les quelques ecchymoses qu'on observe
sur la région sus-pubienne sont le résultat évident d'une application de

sangsues faite quelques jours auparavant. Il n'y a pas de douleur, si ce n'est dans les mouvements spontanés ou communiqués.

Les membres inférieurs paraissent frappés d'impuissance. Si on dit à la malade de lever les pieds, elle déclare que c'est impossible; si on insiste, les genoux se fléchissent et les pieds glissent sur le lit, comme on l'observe dans les fractures du col du fémur.

Quand le genou est fléchi, la malade fait quelques mouvements d'adduction et d'abduction, mais non sans exciter de la douleur vers le côté gauche du pubis.

En soulevant l'un après l'autre les membres inférieurs et en leur imprimant des mouvements, il est facile de s'assurer que les articulations coxo-fémorales sont intactes.

En explorant le pubis on trouve, du côté gauche, sur le corps de l'os, une saillie placée à quelques millimètres en dehors de l'épine et se prolongeant en bas. Cette saillie est formée par le fragment interne du pubis fracturé; le fragment externe est un peu abaissé et enfoncé, et la pression du doigt dans ce point détermine une douleur assez vive.

Du côté droit, on ne trouve rien d'analogue, mais la malade y ressent une douleur qui suit la direction du tendon du psoas iliaque jusqu'à son insertion.

Le doigt, introduit dans le vagin, permet de constater une fracture avec un léger déplacement de la branche descendante du pubis gauche. Le côté droit de l'arcade est intact.

Enfin, en faisant coucher la malade sur le côté droit, nous sentons et nous entendons à distance une crépitation très-marquée dont le siège correspond aux points où existe la déformation.

Cette crépitation, que la malade produit à volonté, ne peut être provoquée par les efforts que nous faisons sur les os iliaques, soit pour les écarter, soit pour les rapprocher.

La colonne vertébrale n'offre aucun point douloureux. Il en est de même des symphyse sacro-iliaques, sur lesquelles la pression peut être faite sans déterminer aucune douleur. La malade, interrogée à diverses reprises, répond toujours qu'elle n'a jamais souffert en arrière.

Depuis le jour où on a dû sonder la malade, la miction a toujours été facile; les efforts de défécation ne causent de la douleur vers le pubis que lorsqu'ils sont très-énergiques.

Le 6 mai, je fais appliquer autour des hanches une ceinture de gymnase qui comprime fortement le bassin; à l'instant même, la malade peut élever les jambes sans douleur.

Lorsqu'on desserre la ceinture, l'impuissance des membres inférieurs reparait immédiatement.

Je recommande de maintenir la ceinture modérément serrée, afin d'immobiliser les fragments et de faciliter la consolidation, mais sans causer trop de gêne.

Je note en passant, pendant les jours suivants, quelques accès de fièvre intermittente combattus avec succès par le sulfate de quinine. La malade nous annonce qu'elle ne peut se bien porter qu'à la condition de vivre au grand air, et qu'elle n'aura pas ses règles tant qu'elle restera couchée. Cette prédiction s'est en effet réalisée.

Au bout de vingt jours, la crépitation disparut. Dès cette époque, la malade me demande avec instance la permission de se lever : je la lui accorde en lui recommandant de faire peu de mouvements.

Le 25 mai, survint de la fièvre accompagnée de nausées et de vomissements. Le lendemain, nous constatons un érysipèle à la face. Sous l'influence de cette maladie, il y a eu un grand amaigrissement et lorsque l'éruption cutanée disparut, il y eut de nouveaux vomissements suivis d'une diarrhée qui résista pendant plusieurs jours au landanum et au sous-nitrate de bismuth, et qui me parut dépendre de la propagation de l'érysipèle à la muqueuse du tube digestif.

La malade était entièrement guérie le 2 juillet et demanda son exeat.

La marche est facile; l'abduction de la cuisse gauche est seule un peu gênée.

Au moment où cette femme quitte l'hôpital, nous l'examinons une dernière fois, et grâce à la maigreur causée par son érysipèle, on peut constater facilement la déformation du pubis. La consolidation paraît complète, mais il existe entre les deux fragments une différence de niveau d'un demi-centimètre au moins. L'épine du pubis se trouvant placée plus haut et plus en avant que du côté opposé, il en résulte que le ligament de Fallope est aussi beaucoup plus saillant et que l'arcade qu'il forme est plus marquée.

Je ne connais point, dans la science, de fait analogue à celui que je viens de raconter. Il s'agit bien, en effet, d'une fracture du pubis par contraction musculaire.

La constitution athlétique de la malade, son âge, ses travaux habituels et sa bonne santé éloignent toute idée de diathèse, toute idée de friabilité des os.

Il n'y a point eu de choc sur le pubis, mais un effort extrêmement énergique pour soulever le fardeau qui reposait sur cet os.

Il est facile, du reste, de se rendre compte du mécanisme de

cette fracture en se plaçant dans les conditions où se trouvait la femme P...

Le tronc était demi-fléchi sur les cuisses, la pierre reposant sur le pubis ne pouvant s'élever et s'avancer sur le quai que poussée par le bassin auquel ce double mouvement devait être imprimé.

Il fallait, pour cela, que le membre inférieur gauche supportât tout le poids du corps et que la tête du fémur de ce côté devint le pivot autour duquel devait se faire le redressement du tronc et la rotation du bassin en avant.

Or, il est probable que, dans ce mouvement brusque et énergique, l'os iliaque gauche, bridé par le psoas-iliaque, n'a pas obéi à l'impulsion qui était donnée à la partie droite du bassin et que l'articulation coxo-fémorale, immobilisée par le maintien de l'équilibre du corps, n'a pas permis le double mouvement d'extension et de rotation du tronc. Entre cette résistance du côté gauche et l'impulsion donnée au côté droit du bassin, le pubis a supporté un effort trop considérable et s'est rompu.

A ce moment l'effort s'est arrêté, et le périoste n'a pas été déchiré. Ce n'est que sous l'influence de mouvements intempestifs que le déplacement s'est produit et qu'enfin le bassin n'a plus donné aux membres inférieurs un point d'appui suffisant.

M. BROCA offre à la Société une thèse de M. Hamy sur l'*os intermaxillaire*.

DISCUSSION SUR LES FIBRÔMES SOUS-PÉRITONÉAUX)

M. DEPAUL. Outre l'augmentation de volume, la grossesse produit encore le ramollissement des corps fibreux.

M. Depaul a pu le constater jour par jour. Ce ramollissement a lieu surtout aux parties périphériques, tandis que les parties centrales des fibrômes conservent toute leur dureté.

Il est curieux d'observer les changements de situation qu'éprouvent les corps fibreux durant la grossesse. Cela s'explique non-seulement par le développement physiologique de l'utérus, mais encore par l'inégalité de ce développement qui, par le fait de l'existence des fibrômes, est irrégulier.

L'aplatissement des corps fibreux de l'utérus pendant la grossesse existe-t-il réellement, comme l'admet M. Guéniot?

M. Depaul ne le pense pas. Il accorde que certains fibrômes pédiculés peuvent s'aplatir légèrement; mais dans les cas où les tumeurs

sont à large base, l'aplatissement est plutôt apparent que réel, c'est-à-dire que la base d'implantation s'accroît en même temps que la matrice.

M. Depaul examine le mécanisme suivant lequel les tumeurs fibreuses se déplacent pendant le travail de l'accouchement. Ce mécanisme, exposé par M. Guéniot, est comparable à celui qui ramène en avant le col utérin, lorsque celui-ci se trouve dirigé en arrière, ainsi que cela a lieu le plus souvent à la fin de la grossesse.

Le déplacement des corps fibreux et la désobstruction du bassin sont produits par la contraction et le raccourcissement des fibres longitudinales de la matrice. Ce mécanisme est vrai pour les tumeurs fibreuses à large base, mais il cesse de l'être pour les fibromes pédiculés, qui restent enclavés dans le bassin. M. Depaul cite un fait observé par lui lorsqu'il était chef de clinique de M. Dubois. Un fibrome de l'utérus rendit l'accouchement impossible, et la malade mourut sans que la désobstruction du bassin ait pu s'opérer.

Quelle est l'influence du retrait de la matrice après l'accouchement, sur les fibromes sous-péritonéaux? S'ils sont pédiculés, à part les changements de situation, ils n'éprouvent pas d'autres modifications. Quant aux tumeurs à large base, le retrait de la matrice tend à les pédiculiser.

M. Depaul examine ensuite les modifications que présentent les corps fibreux péritonéaux. D'après son expérience personnelle, il ne pense pas que l'on doive songer à arrêter le développement de ces tumeurs par les médications internes ou externes.

La question de l'accouchement prématuré artificiel doit être posée dans certains cas, mais on ne peut en discuter ici toutes les indications.

Lorsque des accidents se développent pendant le travail, l'application du forceps, la version, la craniotomie, l'opération césarienne ont pu, dans différents cas, être employées avec des chances diverses.

M. DEPAUL a pratiqué dans un cas l'opération césarienne, mais il donne la préférence à la craniotomie. Contrairement à M. Tarnier, il pense que la version sera le plus souvent impossible, par suite de la présence de la tumeur.

M. Depaul termine en lisant les conclusions suivantes :

Conclusions :

- 1° Les fibromes *utérins péritonéaux* ne sont pas rares ;
- 2° Ils peuvent être pédiculés, interstitiels ou à large base ;
- 3° Les premiers n'apportent pas de troubles notables dans les phé-

nomènes de la menstruation ; ils ne s'opposent pas à la fécondation et ils n'empêchent pas habituellement la grossesse de parcourir toutes ses périodes ;

4° Les seconds, quand ils sont peu volumineux, sont presque aussi inoffensifs au triple point de vue que je viens d'indiquer ; mais quand ils sont considérables et qu'ils ont une large base, ils peuvent troubler le développement normal de l'utérus et provoquer l'expulsion prématurée du produit de la conception ;

5° L'influence de la grossesse sur les fibromes utérins péritonéaux ne saurait être contestée. Il est démontré par les faits les plus positifs qu'ils s'accroissent presque toujours et dans des proportions souvent très-considérables pendant la durée de la gestation ;

6° En même temps qu'ils augmentent de volume, on remarque généralement que leur consistance diminue un peu, surtout dans les couches les plus extérieures ;

7° Ces deux phénomènes, augmentation de volume et ramollissement, sont plus marqués pour les fibromes interstitiels et à large base que pour ceux qui sont nettement pédiculés ;

8° Les fibromes interstitiels qui se développent un peu du côté du péritoine s'accroissent aussi par leur base, de telle sorte qu'ils paraissent comme aplatis ;

9° Cette disposition n'est pas le résultat exclusif de la compression que les corps fibreux subissent entre les parois abdominales et l'utérus ; elle se rattache surtout au développement progressif du tissu utérin, qui étale et entraîne le tissu du fibrome, qui s'hypertrophie lui-même ;

10° Les fibromes utérins péritonéaux à large base peuvent irriter l'utérus, donner même lieu à la métrite et faire courir de véritables dangers à une femme enceinte (toutefois, ce résultat s'observe rarement) ;

11° Ceux de ces corps qui, par leur situation, sont exposés à se développer du côté de l'excavation pelvienne, peuvent donner lieu à la compression de la vessie et du rectum, au déplacement de la matrice et, dans quelques cas graves, faire naître les phénomènes de l'étranglement interne ;

12° Les accidents deviennent alors si graves et si pressants, qu'il ne reste plus de ressource pour soustraire la femme à une mort imminente que dans la provocation de l'avortement ;

13° Les cas où ils troublent aussi profondément la marche de la grossesse sont heureusement fort rares, et alors, même quand ils obstruent presque complètement l'excavation du bassin, pourvu qu'ils

partent du col ou de la partie inférieure du corps, pourvu que, par une large base, ils tiennent à une portion notable de la circonférence utérine, tout espoir n'est pas perdu. Les forces qui président à la dilatation du col, les changements qui se passent dans la forme de l'utérus après la rupture des membranes peuvent, par un mécanisme facile à comprendre, éloigner progressivement la tumeur, désobstruer le bassin et ouvrir un passage facile à l'enfant ;

14° Si les deux faits que M. Guéniot et moi avons fait connaître à la Société permettent d'entrevoir la possibilité d'une terminaison aussi heureuse, il ne faut pas oublier que la science en possède beaucoup d'autres dans lesquels la nature a été impuissante et pour lesquels il a fallu intervenir tantôt par le forceps, tantôt par l'émryotomie, tantôt même par l'opération césarienne ;

15° Certains fibromes utérins péritonéaux constituent une des plus graves complications de la grossesse et soulèvent les questions les plus embarrassantes de l'obstétrique. La science est loin d'être faite sur ce point important, qui est digne de toutes les méditations des chirurgiens.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE.

Nombre des votants, 23.

Au premier tour de scrutin, M. Paulet obtient 13 voix ;

M. Giraud-Teulon, 10 voix ;

M. Bailly, 1 voix.

En conséquence, M. Paulet est élu membre titulaire.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. Depaul présente un pelvimètre construit par M. Mathieu.

Cet instrument représente à la fois un compas d'épaisseur et un compas d'écartement, en retournant les branches de l'instrument. C'est donc un pelvimètre de Baudelocque et un compas destiné à mesurer intérieurement le détroit inférieur.

M. Blot n'attache pas une grande importance à l'emploi de cet instrument.

On peut se servir de tout instrument et plus facilement encore des doigts écartés pour mesurer le détroit inférieur. Quant à ce pelvimètre, il n'a rien de nouveau.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. GUYON présente un malade à qui il a pratiqué une amputation sus-malléolaire en modifiant le procédé de Laborie.

Amputation sus-malléolaire par un procédé nouveau.

Le 13 juin 1868, est entré à l'hôpital des Cliniques le nommé X..., âgé de 31 ans, homme de peine. Ce malade, couché au numéro 28, est atteint d'une carie des os du pied droit. Né de parents bien portants, il a toujours joui lui-même d'une santé parfaite jusqu'à l'âge de vingt-six ans; jamais il n'a eu pendant son enfance de manifestation scrofuleuse; il porte, il est vrai, sous la mâchoire du côté gauche, des traces d'abcès ganglionnaires, mais qui ne remontent qu'à peu d'années. Il n'a jamais eu la syphilis.

Ce n'est qu'en 1863, peu de mois après avoir quitté le service militaire, que sans cause extérieure, il a vu se former à la partie supérieure et interne de l'avant-bras gauche, immédiatement au-dessous de l'articulation du coude, une petite tumeur indolore. Au bout de quatre à cinq mois elle s'abcéda, resta fistuleuse pendant un temps à peu près égal, donna issue à une portion d'os nécrosé et se cicatrisa promptement.

Deux mois à peine après la guérison de ce premier accident, vers le mois de septembre 1864, ce malade voyait se former sur la face dorsale du pied droit une bosselure analogue.

Elle survint, elle aussi, sans cause apparente, sans qu'il eût reçu de coups ou qu'il se fût fatigué plus que de coutume. Au bout de peu de mois, cette tumeur devint fistuleuse, comme la première, donna issue à une toute petite esquille et se cicatrisa. Mais le gonflement périphérique persista et de nouvelles bosselures ne tardèrent pas à se développer et à suivre la même marche.

Tous ces accidents purent se produire sans que le malade interrompit son travail. Ce n'est que le 26 janvier 1868 que, tant par le gonflement excessif du pied devenu douloureux que par l'épuisement dû à une abondante suppuration, il fut forcé de garder le repos.

Depuis ce jour, l'état local n'a cessé de s'aggraver et l'affaiblissement de faire des progrès, et le jour de son entrée, il présente l'état suivant :

Le gonflement est très-considérable : il remonte à un ou deux travers de doigt au-dessus de l'extrémité inférieure de la jambe et s'étend jusqu'aux articulations métatarso-phalangiennes.

Le coude-pied mesure 6 centimètres de plus en circonférence que celui du côté opposé. La peau est luisante, tendue et présente plusieurs traces de cicatrices sur la face dorsale et le bord externe. C'est surtout sur le bord interne que l'on voit des orifices fistuleux. Le doigt appliqué sur la peau y laisse une dépression profonde.

Les orifices fistuleux laissent écouler, en assez grande abondance, un pus séro-sanguinolent; si l'on introduit un stylet par ces orifices, on peut s'assurer que la peau est décollée tout autour d'eux et qu'ils conduisent sur des surfaces osseuses dénudées et ramollies.

La lésion semble avoir surtout pour siège les os de la deuxième rangée. On ne saurait affirmer si les os de la première rangée et en particulier le calcanéum sont malades. L'articulation tibio-tarsienne permet des mouvements assez étendus. Les mouvements de latéralité sont seuls douloureux et presque impossibles. La malléole interne est très-augmentée de volume et douloureuse à la pression. Rien d'appréciable au niveau de la malléole externe.

Le malade souffre constamment, mais ses douleurs sont accrues par les tentatives de mouvement et par la pression, surtout au niveau des orifices fistuleux. Les ganglions de la racine du membre sont engorgés.

L'état général est très-peu satisfaisant : le malade est très-amaigri et a, chaque soir, une fièvre assez vive. Le thermomètre, placé sous l'aisselle, monte jusqu'à 38°,8, et le pouls donne de 100 à 110 pulsations à la minute.

L'examen de la poitrine fait découvrir une matité assez légère dans la fosse sus-épineuse du côté droit et de la faiblesse du bruit respiratoire à ce niveau. Pas de craquements; rien du côté gauche. Le malade ne tousse pas.

Le 19 juin, M. Guyon, après avoir discuté dans une leçon clinique l'opportunité d'une opération et comparé les chances probables d'une désarticulation partielle ou totale du pied avec celles de l'amputation sous-malléolaire, adopte cette dernière opération, qu'il pratique par un nouveau procédé.

Un examen immédiat du pied avait montré que, comme on le craignait, les lésions osseuses étaient fort étendues et remontaient au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne.

Après une dissection plus minutieuse, dans laquelle les os furent divisés dans le sens antéro-postérieur, on put s'assurer que les os de la deuxième rangée étaient complètement cariés; le scaphoïde, entre autres, n'était plus qu'une caverne revêtue d'une mince couche de tissu osseux. Les articulations de ces os entre eux avec ceux de la

première rangée et avec les métatarsiens étaient détruites; la tête de ces derniers était elle-même malade. De plus, le calcaneum, l'astragale et l'extrémité inférieure du tibia, tout en étant le siège de lésions moins avancées, étaient très-friables, très-raréfiées, graisseux, et permettaient la pénétration facile d'un stylet dans leur tissu. Les ligaments de l'articulation tibio-tarsienne étaient distendus et ramollis; la malléole externe était saine.

Quant au malade, il supporta très-bien l'opération. Il ne s'écoula qu'une très-petite quantité de sang. La réaction fébrile commença dès le soir même et fut assez intense : le thermomètre placé sous l'aisselle marquait 39°,6.

Le lendemain, 20 juin, le pansement et le lavage alcoolique furent renouvelés. On trouva la charpie qui recouvrait la plaie imbibée de sang et d'un peu de pus : la plaie était très-belle.

Aucun accident ne survint jusqu'au 23, jour où l'on enleva les sutures métalliques. Comme aux pansements précédents, la partie médiane était en très-bon état; deux points de suture avaient donné une réunion, mais les angles étaient recouverts d'un enduit grisâtre, pultacé, un peu adhérent. D'autre part, la suppuration était plus abondante et plus fluide. La fièvre n'avait pas augmenté; aucune ligature n'était tombée; le moignon était un peu douloureux. Pansement avec charpie imbibée de jus de citron sur les angles. Cataplasmes.

Le 24, la rougeur et le gonflement étaient moindres, mais l'enduit persistait encore. Même pansement.

La fièvre traumatique cessa à partir du 25. Le thermomètre ne s'éleva plus le soir au-dessus de 37°,6, et le 27, l'enduit pultacé, qui était venu enrayer la cicatrisation, avait entièrement disparu, en même temps que le moignon cessait d'être douloureux et que la suppuration prenait un meilleur aspect.

Le dernier fil à ligature tomba le 29.

En même temps que la plaie marchait vers une prompte cicatrisation, l'état général s'améliorait, l'appétit du malade était meilleur.

Le 11 juillet, le malade eut une fièvre assez intense (38° le matin, 39,4 le soir).

Pendant la journée et la nuit du 11 au 12, il souffrit beaucoup du moignon qui, le lendemain, fut trouvé rouge et chaud surtout en dehors.

Le 13, le pansement contenait une grande quantité de pus, et, malgré cela, la douleur et la fièvre continuaient.

Le 14, la fluctuation devint manifeste au niveau de la gaine des péroniers. Une incision fut pratiquée et donna issue à du pus, et le 16, toute manifestation fébrile avait disparu.

On s'opposa, pendant quelques jours, à la réunion des angles et l'on continua le cataplasme.

Le 24 juillet, toute trace d'inflammation ayant cessé, on remplace le cataplasme par un pansement simple à la glycérine.

Le 30, le malade peut commencer à se lever.

Le 2 août, la cicatrisation était complète, et depuis ce jour, il peut laisser son moignon sans aucun pansement.

Aujourd'hui, la cicatrice du moignon se trouve sur la face antérieure du membre, à 5 centimètres au-dessus du plan inférieur. La peau du talon, épaisse et souple, forme le point d'appui du membre; il est possible d'appuyer assez fortement sur elle sans que le malade accuse la moindre douleur.

Le lambeau n'est tirailé dans aucun point de son étendue; l'angle interne est très-suffisant, et il reste même à l'angle externe une quantité de peau telle, qu'elle a provoqué à ce niveau la formation d'un pli cutané assez profond.

Le membre présente un raccourcissement total de 15 centimètres, dont 4 centimètres seulement pour les parties situées au-dessus des malléoles. Il s'agit donc bien d'une amputation sus-malléolaire. Ce fait, la manière dont le lambeau est taillé, la conservation de tout le tendon d'Achille et de sa gaine, différentient nettement ce procédé de celui proposé par Laborie. Cependant, c'est après avoir vu les très-beaux résultats obtenus par ce chirurgien et reconnu avec lui l'avantage de la suppression du lambeau antérieur que M. Guyon a été conduit au procédé dont il montre aujourd'hui le résultat à la Société de chirurgie.

Procédé opératoire. — Ce procédé a essentiellement pour but de supprimer complètement le lambeau antérieur dont M. Guyon a eu l'occasion de constater la défectuosité, de prendre à la partie postérieure du membre le plus possible de parties molles, enfin de rester cependant dans les limites de l'amputation sus-malléolaire. Pour cela, le chirurgien fait choix d'un procédé elliptique à peu près semblable à celui dont on fait usage pour le poignet.

Une incision à concavité inférieure est commencée sur la face antérieure de la jambe, à trois travers de doigt de l'extrémité de la malléole interne. Cette incision descend sur le côté interne du membre et gagne l'axe de la malléole; elle est continuée en obliquant légèrement jusqu'à la limite la plus inférieure du talon; là, elle devient

transversale, passe à la limite de la peau du talon et de la peau de la plante du pied, est conduite au côté externe des membres; elle remonte alors pour gagner obliquement le sommet de la malléole, puis la demi-courbe à concavité inférieure primitivement tracée sur la face antérieure de la jambe. Dans cette vaste ellipse se trouve circonscrit un lambeau comprenant une partie des téguments des parties latérales de la jambe et toutes celles de sa partie postérieure, y compris celles du talon, moins sa portion plantaire. Ce lambeau est disséqué en commençant par le talon, et l'opérateur prend grand soin de détacher, en le décortiquant, le tendon d'Achille de ses insertions calcanéennes; puis, après avoir coupé latéralement les tendons qui se présentent, il relève le lambeau jusqu'à la limite supérieure de l'ellipse en le détachant des os de la jambe avec une rugine. L'amputation est alors achevée en coupant par transfission les muscles de la région antérieure et en sciant les os à l'ordinaire.

Le lambeau, ainsi constitué, contient dans son épaisseur tout le tendon d'Achille, dont la gaine n'est pas ouverte, et les tendons des muscles de la région postérieure, dont les gaines sont intactes, jusqu'au point de section inférieure; l'artère tibiale postérieure y est également comprise dans sa gaine; elle fut liée à l'extrémité inférieure et interne du lambeau.

Il fut très-facile de ramener le lambeau en avant et de l'adapter très-exactement; cependant M. Guyon se contenta de le fixer par trois points de suture métallique placés à son extrémité supérieure et médiane et de laisser les angles largement béants. Pour bien soutenir ce lambeau large et épais, l'attelle en liège du professeur Laugier fut très-utile; une longue et large attelle fortement matelassée de ouate fut placée à la partie postérieure du membre, dont elle dépassait le moignon de plusieurs travers de doigt.

VACANCES DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. LEGUEST annonce que la Société de chirurgie se met en vacances du 15 août au 6 octobre.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le Secrétaire : D^r LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 7 OCTOBRE 1868

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.
M. le président invite M. le docteur Paulet, nommé membre titulaire à la séance du 12 août, à prendre place parmi ses collègues.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux reçus depuis le 15 août : *Gazette hebdomadaire, médicale*, *Gazette des Hôpitaux*. — *Archives générales de médecine*. — *Bulletin de thérapeutique*. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. — *L'Art dentaire*. — *La Gazette médicale de Strasbourg*. — *L'Union médicale de la Provence*. — *Le Montpellier médical*. — *Le Journal médical*. — *La Revue médicale de Toulouse*. — *Le Journal de médecine de l'Ouest*.

— Les *Mémoires et Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon*. — *Le Bulletin de la Société de médecine d'Angers*. — *Le compte rendu de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse*. — *Société médicale de Reims*.

— Trois registres manuscrits rédigés par Laborie. L'un contient les rapports sur l'asile de Vincennes pendant les années 1858 à 1865. Les autres sont des *Recueils d'observations* prises pendant les années 1855 et 1866.

— M. le docteur Delestre fait don à la Société de six registres manuscrits contenant les *Cours de chirurgie professés par Marjolin pendant les années 1814 à 1816*.

— *La Statistique médicale de l'armée pour l'année 1866*.

— Le chirurgien général de l'armée des États-Unis adresse à la Société la circulaire n° 1, intitulée : *Report on epidemic cholera and typhoid fever in the army of the United States during the year 1867*. — Washington 1868.

— Le tome premier des *Transactions of the clinical Society of London*. — 1868.

— *Six nouvelles opérations de fistules vésico-vaginales par la méthode américaine, toutes suivies de guérison*, par le professeur Courty (Montpellier).

— *Contribution à l'étude de la cheloplastie*, par Ph. Gyoux (de Bordeaux).

— *Résultats des recherches faites à Christiania sur l'effet du virus syphilitique appliqué au corps humain*, par Joh-Heiberg, chirurgien général de l'armée norvégienne.

— *La Médecine et l'Hygiène à l'exposition du Havre*, par Aug. Du-rand.

— *De l'Hôpital civil d'Alger*, étude sur sa reconstruction, par les docteurs A. Gerny et Ed. Bruch.

— MM. les docteurs L. Camille Machenaud et Marc Girard adressent leurs thèses inaugurales pour le concours du prix Duval. — La première thèse est intitulée : *Étude sur la ligature de l'artère fémorale*; la seconde : *De la Kélotomie sans réduction*.

COMMUNICATION.

Rhinoplastie. — M. MIRALTY, d'Angers.

Large ouverture accidentelle communiquant avec l'intérieur des fosses nasales. Rhinoplastie par la méthode indienne modifiée. Restauration complète de la difformité.

Anne D..., de Marillais (Maine-et-Loire), âgée de 21 ans, portait, à la partie supérieure et moyenne du nez, une tumeur sur laquelle un empirique appliqua un caustique arsénical. A la chute de l'escharre, on vit s'établir une large communication avec l'intérieur des fosses nasales. La solution de continuité du nez mesure un peu plus que la longueur des os nasaux. En effet, elle commence immédiatement au-dessous de leur articulation avec le coronal et s'étend, en bas, jusqu'à la portion fibro-cartilagineuse de cet organe, sur laquelle elle anticipe de quelques lignes. Transversalement, elle occupe le dos et le côté droit du nez, jusqu'au bord correspondant de l'apophyse montante de l'os maxillaire. Cette perforation ovale, divisée inégalement en deux parties par la cloison des fosses nasales, est entourée par une cicatrice plus large en haut et en bas que sur les côtés et résulte de la destruction de tout l'os nasal droit, du bord interne du même os, du côté gauche, d'une très-petite partie du bord antérieur des cartilages triangulaires et des parties molles qui les recouvrent. Vu de profil, le nez présente, dans sa moitié supérieure, une excavation en cuiligne qui, par rapport au plan tangent du dos du nez, a plus de six lignes de profondeur. Cet état constitue une difformité des plus choquantes. L'amour-propre de la jeune fille en est si péniblement

lecté qu'elle n'hésite pas à se soumettre à l'opération restauratrice que je lui propose.

Deux indications se présentaient : 1° obturer l'ouverture accidentelle; 2° faire disparaître, en même temps, la différence de niveau des parties supérieure et inférieure du nez, c'est-à-dire l'excavation du dos de cet organe. A ces deux conditions seulement, on pouvait rétablir la conformation naturelle des parties. Voici comment j'y procédai, le 25 janvier 1835, avec l'assistance des docteurs Négrier et Adolphe Lachèse, professeurs à l'École de médecine d'Angers.

Je circonscrivis d'abord la perforation par deux incisions courbes qui partaient de la racine du nez et s'étendaient à peu de distance de la pointe de son lobe, où elles se réunissaient angulairement. Dans ce premier temps de l'opération, j'avais avivé les bords de l'ouverture accidentelle en emportant le tissu cicatriciel qui le couvrait et j'avais mis à nu, en partie, les cartilages triangulaires. Ensuite, je reséquai, sur la hauteur de quatre lignes, le bord antérieur de ces mêmes cartilages. Enfin, pour combler la perte de substance qui se trouvait produite par l'avivement de son pourtour, j'eus recours à la rhinoplastie.

D'abord, je pris, sur la partie moyenne inférieure du front, un lambeau lancéolé, c'est-à-dire de la même forme que l'ouverture accidentelle, mais de dimensions un peu plus grandes, à cause du retrait des tissus. Après l'avoir détaché du coronal, ce lambeau ne tenait plus aux téguments de la racine du nez que par un pédicule de trois lignes de largeur environ. Je le renversai de haut en bas, et le tournant sur lui-même à son point d'adhérence, je l'appliquai, par sa face revêtue, sur la perforation qui s'en trouva exactement recouverte. Quatorze points de suture entortillée réunirent leurs bords affrontés. Je terminai en réunissant entre eux, par trois autres points de suture, les bords de la plaie du front.

Quelques heures après l'opération, le lambeau frontal était froid, livide et insensible aux attouchements. Dans la journée, du sang noir vint, assez abondamment, sur toute l'étendue des bords de la réunion. Lotions avec du vin chaud. La malade dormit bien la nuit suivante.

Le lendemain, 26, la chaleur commence à revenir dans le lambeau. Le pouls est un peu accéléré; pansement simple; régime léger.

Le 27, la sensibilité du lambeau est manifeste, il a repris sa couleur et sa température normales. La réunion des plaies du nez et du front est faite dans toute leur étendue. J'ôte treize épingles, savoir : onze du nez et deux au front.

Le 28, le pédicule du lambeau est un peu rouge et gonflé. En le pressant légèrement avec le bout du doigt, je fais sortir un peu de pus de dessous lui. J'enlève les quatre dernières épingles et je soustiens les bords des plaies avec des bandelettes de taffetas gommé.

Le 31, cette légère sécrétion purulente avait cessé. Le pédicule du lambeau, saillant le premier jour, par suite de la torsion qu'il a subie, s'est affaissé notablement et ne fait plus qu'une faible saillie. Compression sur ce même pédicule à l'aide des bandelettes agglutinatives.

1^{er} février et jours suivants, les lèvres de la plaie se sont séparées à la hauteur du pédicule et dans l'étendue de quelques lignes. Ce petit accident, que j'attribue à un peu de pus qui s'est formé sous la peau, n'eut pas de suites; en effet, le 10 février, seizième jour, la cicatrisation des plaies était achevée et la restauration du nez si complète qu'on n'aurait pu soupçonner la difformité repoussante dont Anne D... avait été délivrée. Le portrait n° 2 représente la jeune fille telle qu'elle était le soixante-neuvième jour après son opération.

Cet exemple de rhinoplastie rentrerait dans les cas ordinaires et ne mériterait pas peut-être de fixer l'attention de la Société de chirurgie, s'il ne présentait pas quelque chose de particulier, qui ajoute à son intérêt : c'est la résection de la portion fibro-cartilagineuse du nez, pratiquée dans le but de rétablir le niveau qui avait cessé d'exister entre les parties supérieure et inférieure du nez. En effet, tandis que la première s'est trouvée exhaussée par l'excès d'épaisseur du lambeau frontal, la seconde a été abaissée par la perte de substance qu'on a fait subir au fibro-cartilage. C'est ainsi que l'excavation a été comblée et que le nez a pu recouvrer, non-seulement une forme régulière, mais, chose singulière, une forme plus gracieuse que dans son état naturel.

Hypertrophie diffuse de la glande mammaire. Amputation du sein.

M. MARJOLIN. Dans les premiers jours du mois d'avril de cette année, on m'amena une jeune fille de quinze ans et demi, de petite taille, non réglée, présentant l'aspect d'une bonne constitution, bien que son père et sa mère aient succombé à un affection de poitrine. Depuis quelque temps, les personnes qui en étaient chargées avaient cru s'apercevoir que le sein droit avait pris un développement anormal. Lorsque cette jeune personne me fut présentée, je fus frappé du volume extraordinaire que les seins, surtout le droit, avaient pris;

mais il n'y avait eu de douleur. Il serait difficile de dire, même approximativement, quel volume avait atteint la glande mammaire, mais après un examen attentif, je pensai qu'il s'agissait de l'affection assez rare décrite par A. Cooper et Velpeau, et désignée par ce dernier autour sous le nom d'hypertrophie diffuse de la mamelle. A cette époque, le sein droit était déjà un peu pendant sur la poitrine, les veines peu développées, la configuration du mamelon était normale; nulle part on ne sentait d'induration partielle, la consistance générale du sein était plutôt molle, la pression ne déterminait aucune douleur.

Le développement du sein avait marché très-rapidement, et d'après cela je fis part de mes craintes sur la terminaison de l'affection et annonçai de suite que si malgré l'influence d'un traitement interne et externe le volume du sein continuait à s'accroître, il faudrait recourir tôt ou tard à une opération.

J'avais vu la jeune fille opérée et présentée, il y a plusieurs années, par M. Manec à l'Académie, et bien que le volume actuel des deux seins de ma malade fût bien loin d'égaliser celui de cette jeune fille, je pensai qu'il n'y avait pas de temps à perdre, et de suite je lui fis prendre à l'intérieur des préparations iodées, des onctions avec la pommade d'iodure de potassium furent faites sur les deux seins, et je comprimai de mon mieux tout le thorax avec une bande de flanelle.

Ce traitement, suivi avec beaucoup de soin jusqu'au mois de juin, amena aucun résultat, et même le volume du sein gauche commença à croître assez rapidement. Depuis, des deux côtés, et surtout à droite, le poids des seins augmentant, il se forma une sorte de pédicule à la base de la tumeur. A cette époque, un nouveau changement était opéré, le système veineux avait pris plus de développement et le mamelon s'était complètement effacé, on ne le distinguait que par une tache brunâtre, sans aucune dépression ni suintement d'aucune espèce. Du côté droit, la circonférence du sein, au niveau du pédicule, donnait 0,44, et la saillie totale du sein 0,26; à gauche, la circonférence du pédicule était de 0,35.

Voyant que malgré un traitement régulier il n'y avait aucune amélioration, j'engageai la malade à aller prendre des bains de mer, sans continuer à l'intérieur les préparations iodées et l'usage de l'eau de mer. Elle prit des bains pendant six semaines et à son retour je constatai que si le volume du sein gauche était resté stationnaire, celui du sein droit s'était considérablement accru; ainsi, la circonférence du sein droit, au niveau du pédicule, était de 0,47 et la circonférence, un peu au-dessus, c'est-à-dire à la base véritable de la glande mammaire, était de 0,53. De plus, sur deux points, la peau s'était

excoriée comme si on avait appliqué un petit vésicatoire d'un centimètre de diamètre.

J'engageai la malade à revenir promptement, car l'opération devenait de plus en plus indiquée. Quinze jours environs s'écoulèrent, et pendant cette courte période, au niveau où la peau était excoriée, une partie de la glande mammaire avait fait hernie et formait un champignon mou, douloureux, ne donnant aucun écoulement de sang ou de sanie. Je pressai la malade de se laisser opérer et l'ablation du sein fut pratiquée le 6 octobre.

Il n'y avait jamais eu d'engorgement ganglionnaire dans l'aisselle.

Le sein que je soumets à votre examen présente partout, même au niveau de la portion herniée et ulcérée, l'aspect d'une glande mammaire hypertrophiée.

Le poids de la tumeur était de 1 kilog. 510 gr. Depuis l'époque de l'opération, il n'est survenu aucun accident, la malade se sent soulagée de n'avoir plus à porter cette énorme et gênante difformité, la plaie a un très-bon aspect et tout semble présager une prompte guérison.

L'examen de la tumeur, fait par M. Saison, interne très-instruit et habitué aux recherches micrographiques, semble prouver qu'il s'agit dans ce cas d'une véritable hypertrophie du tissu de la glande mammaire.

LECTURE.

Fracture de l'os frontal avec enfoncement. — Trépanation.

M. HORTELOUP fils lit un travail sur ce sujet.

Le travail de M. Horteloup est renvoyé à une Commission composée de MM. Liégeois, Marc Sée et Lefort.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. LÉON LABBÉ présente, au nom de M. le docteur Laforgue, un instrument que celui-ci désigne sous le nom de *pulviphore*.

Cet instrument aurait l'avantage, suivant l'auteur, de permettre aux femmes de porter des poudres médicamenteuses sur le col de l'utérus et dans le cul-de-sac utéro-vaginal, et de se panser elles-mêmes dans les cas où le chirurgien ne pourrait le faire.

M. DESPRÉS fait observer que le tampon d'alun peut être appliqué par les malades elles-mêmes.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire : Dr LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *Le Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

— *De la Résorption électrique*, par M. Scoutetten.

— *Nouvelles recherches sur la constitution et le diagnostic de la peste maligne.* — *De l'administration des médicaments par la muqueuse des fosses nasales.* — *Note sur l'efficacité de l'inhalation de poudres narcotiques par les fosses nasales, etc.*, par le docteur Raimbert, médecin des hôpitaux de Châteaudun.

— *Cenni biografici di alcuni illustri chirurghi del corrente secolo*, par Cés. Fumagalli, premier chirurgien de l'hôpital de Milan.

— *Du catarrhe utérin et de son traitement par les injections intra-utérines*, par le docteur Gantillon.

— *Fracture du calcaneum par écrasement; autopsie*, par le docteur Marier.

— *Mémoire sur la ponction du péricarde envisagée au point de vue chirurgical*, par le docteur Baizeau.

— *Rénovation des principes fondés par nos grands chirurgiens d'artères, consacrés et complétés par la découverte et l'emploi d'agents modernes; application avec un succès absolu et hors de toute prévision au traumatisme et surtout au traumatisme compliqué*, par M. Astic, médecin principal.

— M. Larrey offre à la Société vingt thèses inaugurales relatives à des sujets de chirurgie.

— M. Broca dépose sur le bureau, de la part de M. Sédillot, de Paris, deux volumes intitulés : *Contributions à la chirurgie*. Cette importante publication renferme la majeure partie des recherches et mémoires isolés publiés par M. Sédillot pendant sa longue carrière scientifique. Ces mémoires sont reliés entre eux par des introductions générales.

M. LE PRÉSIDENT fait connaître à la Société que madame Laborie lui a remis l'acte de donation, en vertu duquel elle a constitué à la Société de chirurgie une rente annuelle de douze cents francs.

M. le Président est chargé d'adresser à madame Laborie les remerciements de la Société.

M. LEGUEST rappelle à la Société de chirurgie que dans la séance du 29 novembre 1865, à propos d'une communication de M. Alphonse Guérin, il l'a entretenue d'un procédé opératoire relatif à la cure des polypes naso-pharyngiens. M. Legouest, se fondant sur ce fait que les polypes naso-pharyngiens sont une affection de l'adolescence, proposait de leur appliquer les extirpations successives sans opération préalable.

A cette époque, M. Legouest entretint la Société d'un jeune malade qui était traité d'après ces principes. Il y a eu, le 30 août, trois ans moins un mois que ce jeune homme a été opéré pour la dernière fois et le polype n'a pas repullulé. Dans une lettre datée du 30 août, ce malade a fait connaître à M. Legouest l'état de sa santé, qui serait parfaitement satisfaisante, si ce n'était l'apparition de temps en temps de quelques petites hémorrhagies et de quelques rougeurs du côté de l'œil. Ce malade réclame une restauration du nez.

M. DOLBEAU. J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt la communication de M. Legouest, mais je dois faire remarquer que l'observation qui avait été donnée par M. Legouest était incomplète.

M. LEGUEST. L'observation avait été complétée depuis dans le *Bulletin de la Société*.

RAPPORTS VERBAUX.

M. GIRALDÈS fait un rapport verbal sur un travail de M. Calvet, chirurgien de l'hôpital de Castres, relatif à un procédé de trachéotomie.

En résumé, dit M. Giraldès, M. Calvet propose un procédé dans lequel on fixerait la trachée avec le doigt médius et l'indicateur, et l'on abandonnerait l'usage du dilatateur trachéal.

M. le rapporteur fait remarquer que depuis longtemps l'on a proposé de fixer la trachée entre l'index et le médius.

Quant à l'abandon du dilatateur, il ne lui paraît pas pouvoir être admis. M. le rapporteur ne voit là qu'un très-mauvais conseil qu'il faudrait bien se garder de suivre.

M. Giraldès termine son rapport par les conclusions suivantes :

- 1° Adresser des remerciements à l'auteur.
- 2° Déposer son manuscrit aux Archives.

I. DOLBEAU. Je viens faire un rapport sur un travail adressé, il y a déjà longtemps, à la Société, par M. Chennevier, professeur de clinique et chirurgien de l'hôpital de Besançon.

Le travail de notre confrère avait été renvoyé à une Commission composée de MM. Follin, Foucher et Dolbeau; M. Follin avait été nommé rapporteur de cette Commission. Notre regretté collègue étant mort, le travail de M. Chennevier n'avait pas été l'objet d'un rapport, aujourd'hui je viens remplir une mission qui ne m'avait pas été tout d'abord confiée.

L'observation de M. Chennevier est intitulée : *Luxation spontanée du cristallin*. Le malade était un homme âgé que ce chirurgien a pu observer pendant deux années consécutives. La luxation a eu lieu des deux côtés. Dans les deux cas, M. Chennevier a pratiqué l'extraction du cristallin; les deux fois il y a eu fonte purulente de l'œil et le malade est devenu aveugle.

Le fait est intéressant, surtout parce que l'observateur a pu suivre les phases successives de la maladie.

L'observation est très-bien prise, seulement elle se termine par une conclusion basée sur des hypothèses. M. Chennevier pense qu'il faut mettre deux catégories de luxation du cristallin : 1° la luxation de type paracristallinien tout entier, capsule et cristallin; 2° la luxation du cristallin, la capsule conservant ses rapports normaux.

M. Chennevier dit avoir observé, chez son malade, une luxation du cristallin non accompagné de sa capsule. Il admet pour expliquer ce fait que la capsule peut devenir, dans certains cas, le siège d'une déformation lisse, égale, et ne se manifestant par aucun phénomène extérieur appréciable.

Cette hypothèse demande une démonstration.

I. Dolbeau termine son rapport par les conclusions suivantes :

° Publier dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* l'observation de M. Chennevier.

° Inscrire M. Chennevier sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Observation de luxation spontanée du cristallin

Par M. CHENNEVIER.

Baptiste O..., âgé de 60 ans, plâtrier, tempérament nerveux-sanguin, constitution robuste, dont les parents sont morts dans un âge avancé en ayant conservé la vue, n'a aucun antécédent syphilitique ni rhumatisinal. Il n'a jamais fait de maladies sérieuses et n'a pas eu le temps de dire qu'il en ait eu dans son enfance. Il a les yeux bruns, n'en

a jamais souffert et a toujours eu une excellente vue. Il ne se rappelle avoir fait aucune chute grave, ni avoir reçu aucun coup sur la tête ou sur l'œil.

Pendant le mois de juillet 1861, il a travaillé sur un toit à la campagne, à l'ardeur du soleil, puis est revenu de cette campagne, distante de 20 kilomètres, par un soleil ardent et sur une route dont la blancheur lui avait fortement impressionné les yeux. C'est à cette époque qu'il croit pouvoir faire remonter sa maladie, et, en bien cherchant, c'est la seule cause à laquelle il peut l'attribuer.

Cette maladie a consisté dans une gêne légère qu'il éprouvait de temps à autre à l'œil gauche, gêne accompagnée du passage de mouches noires devant cet œil. Il s'est peu préoccupé de ces phénomènes et a continué à exercer sa profession jusqu'au 15 janvier 1862, jour où cette gêne est devenue tout à coup continuelle et douloureuse. Il entre à l'hôpital le 16.

A l'examen ordinaire, je ne trouve pas de signes objectifs dans les yeux. Ils ont le volume et la consistance normales. Il n'y a ni rougeur, ni opacité. Pas de tremblement de l'iris et les pupilles se contractent également sous l'influence de la lumière. Les milieux ont leur coloration normale. Après dilatation de la pupille, nous examinons l'œil gauche à l'ophthalmoscope. On aperçoit le fond de l'œil avec sa teinte normale, mais immédiatement derrière le segment inférieur de l'iris, à la partie inférieure de la chambre postérieure, on voit facilement un arc de cercle noirâtre que je fais examiner rapidement aux élèves, sans me rendre d'abord bien compte de ce que ce pouvait être, ma première impression tendant à considérer cette tache noirâtre comme le caillot résultant d'un épanchement sanguin. Ces examens successifs et prolongés fatiguant beaucoup son œil, je remis le diagnostic et je fis sortir O... de la chambre obscure pour continuer sur d'autres malades. Une demi heure après environ, il nous fit appeler dans la salle, parce qu'en se baissant il avait éprouvé un bouleversement dans l'œil et qu'il n'y voyait plus. La chambre antérieure toute entière est occupée par le cristallin, et cet arc de cercle que nous venions de voir à l'ophthalmoscope, et sur la nature duquel l'éclairage oblique nous aurait probablement mieux renseigné, était le bord de la lentille abaissée et dont le passage dans la chambre antérieure, facilité par la dilatation de la pupille, s'était effectué dans un mouvement de la tête en avant et en bas. Le malade est couché, la tête renversée.

Dans la nuit du 16 au 17, le cristallin repasse dans la chambre postérieure, et comme à partir de ce moment O... ne souffre plus, il veut sortir le 23.

Il revient à la salle le 1^{er} février, c'est-à-dire huit jours après. En baissant, il avait éprouvé le même bouleversement, selon son expression, et il souffre encore davantage. Le cristallin est enclavé horizontalement dans l'ouverture pupillaire, laquelle représente un vale aux extrémités de laquelle la grande et la petite circonférence se confondent. Le malade souffre beaucoup et a des vomissements; illyre au sulfate d'atropine. Le cristallin passe dans la chambre antérieure pendant la nuit, et le matin à la visite, comme les souffrances continuent, quoique moins vives, je pratique la kératotomie inférieure. Je ne peux empêcher le couteau de pénétrer dans le cristallin et je suis obligé de l'extraire fragmenté avec la curette. Les fragments sont transparents et sans traces de points opaques. Malgré un traitement énergique, il survient une inflammation vive et comme résultats : opacité de la moitié inférieure de la cornée, synéchie antérieure et perte de la vision pour cet œil.

Lors de la sortie, au mois de mars, nous examinons l'œil droit qui est tout à fait sain. Le malade en voit très-nettement et n'en souffre en aucune façon. Nous l'eugageons à venir au moindre changement qui y surviendrait.

Le 30 janvier 1863, c'est-à-dire un an après, O..., qui avait exercé sa profession dans cet intervalle, vient nous dire qu'il éprouve dans l'œil droit les mêmes symptômes qu'il avait ressentis dans le gauche, c'est-à-dire une gêne légèrement douloureuse, avec apparition de bouches noires, quand il a fatigué. Nous le faisons rester à l'hôpital pour mieux le suivre. L'examen ordinaire ne fournit aucun signe objectif. Après dilatation de la pupille, on peut distinguer à l'œil nu une ligne noirâtre d'une étendue de un à deux millimètres, située à la partie supérieure et un peu interne du bord du cristallin. A l'examen direct avec la loupe et à l'éclairage oblique, on distingue plus nettement cette ligne qui est constituée par le bord libre du cristallin détaché, non incliné, ni tremblotant. Par cet éclairage, on peut constater que le segment antérieur est normal; cornée transparente, humeur aqueuse et son enveloppe sans exsudats, iris sain et non tremblant, aucune vascularisation ni dépôt sur la capsule, les trois images peuvent être perçues. On distingue à l'ophtalmoscope le fond de l'œil qui est sain. Je regrette de n'avoir pas cherché à constater s'il y avait astigmatisme, mais comme nous nous étions assuré de l'acuité et de la netteté de la vision, je crois qu'il n'existait pas.

Nous conservons le malade jusqu'au 12 mai et nous l'examinons à trois ou quatre reprises. A chaque examen, on peut constater une légère augmentation dans le déchatonement du bord du cristallin,

déchatonement qui, à l'époque de la sortie, paraît être un peu moins du sixième de la circonférence.

Il reprend ses travaux pendant le second semestre de 1863, pendant l'année 1864 et le premier semestre de 1865. Il vient de temps en temps à la consultation, où, après dilatation de la pupille, on voit à ces examens successifs que la ligne noire, représentée par le bord du cristallin, va en augmentant, de telle sorte qu'au commencement de 1865 elle occupe plus du tiers de la circonférence et que la chute peut être regardée comme imminente, quoiqu'il n'y ait pas de ballottement appréciable du cristallin.

En effet, le 22 août, O... vient le matin à l'hôpital, racontant que la veille au soir il a ressenti une vive douleur dans l'œil et que la vision a été immédiatement troublée. Il distingue les objets volumineux, mais confusément, et les douleurs vont s'augmentant et s'irradiant autour de l'orbite. M. Vedrènes, médecin major, qui a suivi le cas de luxation spontanée du cristallin chez l'enfant de troupe présenté par M. Larrey à la Société de chirurgie, veut bien examiner le malade avec nous.

Le cristallin occupe la chambre antérieure, refoulant l'iris dont il déforme l'ouverture. A l'éclairage oblique et à l'ophthalmoscope, nous constatons la transparence des milieux. L'extraction immédiate est décidée, mais le malade refuse nettement, attribuant à cette opération la perte de son œil gauche. Je fais coucher le malade, la tête renversée, je prescris le collyre à l'atropine, l'application sur l'œil de compresse trempées dans une solution froide de belladone, afin de dilater la pupille et favoriser le passage du cristallin dans la chambre postérieure. Je recommande à l'interne de service de surveiller le malade et aussitôt le passage du cristallin de rendre l'œil à la lumière et d'introduire sous la paupière du papier à la fève de Calabar pour contracter la pupille et maintenir la lentille dans l'humeur vitrée. Le passage ne se fait pas, l'œil rougit, les douleurs sont atroces. Saignées, sangsues, révulsifs, rien n'arrête l'inflammation. Le quatrième jour, le malade demande l'extraction, que nous pratiquons en désespoir de cause par la kératotomie supérieure. Ce procédé, que nous recommandons dans ce cas, nous permet une manœuvre plus facile, parce que la partie supérieure est moins remplie par la lentille, et nous obtenons le cristallin entier, sans sa capsule, un peu diminué de volume, plutôt dur que mou, d'un jaune ambré comme il est d'ordinaire à 60 ans, et tout à fait transparent. Malgré un traitement actif, la suppuration, comme il était facile de le prévoir, a vidé l'œil et maintenant le malade est aveugle.

En résumé, un homme d'une soixantaine d'années, robuste, sans antécédents morbides ni héréditaires, ayant toujours eu une excellente vue, est atteint, sans autre cause appréciable que l'exposition pendant quelques heures à la lumière solaire vive, de solution de continuité de la capsule, suivie de luxation spontanée du cristallin gauche. La luxation serait survenue sept mois après la cause présumée et sans que cet œil présentât aucun autre signe de maladie. Puis, un an après, sans cause appréciable cette fois, les mêmes phénomènes se présentent à l'œil droit. La solution de continuité spontanée, graduelle, de la partie antérieure et supérieure de la capsule peut être suivie pas à pas ; elle met plus de deux ans à détruire la moitié environ de la circonférence de la capsule, de telle sorte que le cristallin n'étant plus retenu à sa partie supérieure bascule en avant et tombe dans la chambre antérieure primitivement ou consécutivement.

Quelle est la nature des lésions qui provoquent ces luxations spontanées du cristallin ? Parmi les cas observés et dont le résumé a été donné par M. Fischer, dans les Archives de médecine, on voit que pour le plus grand nombre c'est l'appareil cristallinien entier qui s'est détaché ; et ces cas seraient encore assez communs, puisque M. Recorlan, de Lausanne, m'a écrit en avoir observé déjà quatre ou cinq de cette espèce. D'autre fois c'est la capsule qui se déchire et le cristallin seul qui s'échappe.

Pour les cas de la première espèce, c'est-à-dire de luxation spontanée de tout l'appareil cristallinien, il faut que la zone soit primitivement atteinte, qu'elle se déchire préalablement et laisse la capsule sans soutien, car pour tous ceux qui ont essayé de séparer la capsule de la zone, cette opération a été reconnue impossible sans que la capsule se déchire d'abord.

Pour les cas de la seconde espèce, comme celui que je viens de rapporter, il y a solution de continuité spontanée de la capsule, puis luxation de la lentille seule. Dans notre observation, il n'y a pas eu de rhumatisme, l'œil a été reconnu parfaitement sain par tous les moyens d'investigation actuels. Comment expliquer cette solution de continuité spontanée de la capsule ? L'hypothèse que je crois la plus admissible consisterait à considérer cette affection comme une ulcération de la capsule, ulcération analogue aux ulcères transparents de la cornée, sans vascularisation et sans dépôts plastiques, ulcères qui, dans une membrane aussi mince, seraient suivis de perforation.

Comme conséquence, il faudrait admettre deux variétés de luxation spontanée du cristallin :

1° Luxation spontanée de l'appareil cristallinien entier.

2° Luxation spontanée du cristallin seul.

La première variété tiendrait à une lésion anatomique de la zone; la seconde à une lésion de la capsule.

COMMUNICATION.

Coxalgie avec suppuration. Résection de hanche. Mort.

M. VERNEUIL. Il y a environ deux ans, un jeune homme un peu pâle, un peu lymphatique, âgé de 23 ans, vint me trouver pour être soigné d'une coxalgie à son début. Je le soumis au repos et j'immobilisai son membre d'abord à l'aide d'une gouttière, ensuite avec un appareil inamovible. Vers le milieu de l'année 1867, je le considérai à peu près comme guéri. La déviation était peu notable. Les deux membres avaient pu être placés dans une position symétrique, dans un parallélisme à peu près complet.

Quelques mois après, au commencement de l'année présente, ce jeune homme est rentré dans mon service. Il souffrait beaucoup, mais il n'y avait pas de signes de collection purulente. Lorsqu'on pressait sur le grand trochanter, sur la plante des pieds, on déterminait des douleurs très-vives; j'en conclus que les os étaient malades. J'appliquai alors un attelle en T en fil de fer et un bandage ouaté. Les douleurs furent calmées; mais bientôt après, nous dûmes renoncer à l'emploi de cet appareil et avoir recours à la gouttière Bonnet.

Dans le courant du printemps, je constatai l'existence de plusieurs collections purulentes. L'emploi de vésicatoires, de badigeonnages avec la teinture d'iode, du drainage, des injections iodées, amena une amélioration notable.

A cette époque, je constatai un raccourcissement réel, accusé par l'ascension du grand trochanter, la cuisse étant toujours restée dans l'extension sur le bassin.

Le malade maigrissait et était dans un état peu satisfaisant lorsque je quittai le service, le 20 août dernier.

Un mois après, lorsque je repris le service, je trouvai le malade dans un état plus grave. Il y avait de l'œdème des membres inférieurs et les forces déclinaient d'une manière visible.

L'examen des viscères, pratiqué avec soin, fut satisfaisant. Les poumons étaient sains. Il existait une diarrhée peu prononcée.

Je résolus alors de pratiquer la résection de la partie supérieure du fémur.

La région était à ce moment très-déformée et je constatai l'existence dans la fosse iliaque d'une tuméfaction diffuse, que je rattachai à

existence d'un engorgement ganglionnaire ou d'un abcès dans la bourse séreuse du psoas.

Je pratiquai la résection. La cuisse étant dans la flexion et dans adduction, je sciai l'os avec la scie ordinaire. J'avais essayé l'emploi de la scie à chaîne, mais l'introduction de l'aiguille conductrice avait été difficile. La fin de l'opération fut rendue un peu laborieuse parce que je n'avais pas de tire-fond.

La cavité cotyloïde était malade, dénudée, remplie en partie de fongosités. La tête était subluxée. J'employai la cautérisation avec un autère en roseau, afin de modifier les fongosités.

Pendant l'opération, je n'ai eu à lier qu'une artériole.

Je plaçai le membre dans une gouttière de Bonnet, à laquelle on avait pratiqué une fenêtre sur le côté. Je pus continuer les injections à l'aide du tube à drainage, placé en avant, qui avait été laissé en place; et je ne tentai pas de rapprocher les surfaces.

Le foyer était vaste, inégal, mais il n'existait pas de fusées s'étendant au loin entre les muscles de la cuisse.

Le soir et le lendemain de l'opération, le malade alla bien; mais le surlendemain, on constata l'existence de douleurs dans le trajet de la cuisse, et tout le membre, qui était déjà œdémateux, devint le siège d'une rougeur érythémateuse.

Le quatrième jour, le malade succomba. On n'avait pas observé de fissures.

L'autopsie démontra qu'il existait, depuis le pli de l'aîne jusqu'au bas du pied, un phlegmon diffus sous-cutané qui avait été marqué par l'œdème considérable du membre.

En outre, on put voir que la tuméfaction s'étendant au niveau de la fosse iliaque était due à un abcès de la bourse séreuse du psoas-iliaque.

La veine fémorale était dans un état d'intégrité parfaite; elle ne renfermait pas de caillot. Le péritoine était sain, ainsi que la plupart des viscères. Les reins étaient anémiques et le foie présentait une dégénérescence graisseuse et amyloïde très-manifeste.

J'estime que j'ai trop tardé à pratiquer cette opération. Je crois que j'aurais pu réussir si j'étais intervenu au mois d'août.

Je veux appeler l'attention de la Société sur deux points.

J'avais toujours cru que lorsque de bonne heure on mettait le membre dans une bonne situation, parallèle au membre sain, la tête du fémur ne pouvait sortir de la cavité cotyloïde. Mais il manquait les autopsies; j'ai pu constater que le raccourcissement réel que l'on

observe dans ces cas est dû à une sorte d'éculement de la partie supérieure de la cavité cotyloïde.

Quant au foie, il présentait une lésion que l'on pouvait s'attendre à rencontrer, car l'on sait que chez presque tous les sujets qui ont de longues suppurations, le foie subit la dégénérescence graisseuse ou amyloïde.

Le tissu des os était sensiblement sain à un centimètre des surfaces articulaires. Il existait de l'ostéite condensante au voisinage de la lésion.

On trouvait au fond de la cavité cotyloïde un gros bourrelet formé par des fongosités développées au niveau du paquet jaune de cette cavité. Le bord du cotyle était éculé en haut, de telle sorte que la tête pouvait glisser facilement dans la fosse iliaque.

La capsule était très épaissie à la partie antérieure, et, en cas de guérison, elle aurait parfaitement maintenu les parties.

DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC. M. Verneuil a-t-il scié l'os avant de pratiquer la désarticulation ?

M. VERNEUIL. Oui, parce que je craignais d'être obligé de faire un mouvement trop violent pour faire sortir la tête fémorale.

M. CHASSAIGNAC. Le pus qui était dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse était-il concret, ou bien était-ce du pus liquide ?

M. VERNEUIL. Il était assez liquide.

M. BOINET. Je crois que le raccourcissement du membre à la suite de la réduction, même avec le parallélisme dans la gouttière de Bonnet, s'observe toute les fois qu'il y a maladie de la cavité et abcès par congestion. J'ajoute que dans cette circonstance jamais la guérison ne s'obtient sans raccourcissement.

J'ai gardé le souvenir d'un malade que j'ai vu avec M. Verneuil, et chez lequel il existait, dans ces conditions, un raccourcissement de 7 à 8 centimètres. Chez un autre enfant, qui depuis quatre mois était placé dans la gouttière Bonnet, le parallélisme des membres était parfait, et cependant on pouvait constater un raccourcissement de plusieurs centimètres.

M. CHASSAIGNAC. A l'occasion de la manière dont M. Verneuil a procédé dans son opération, je voulais faire remarquer l'utilité du précepte que j'ai donné de faire la section de l'os avant la désarticulation. Pour saisir la portion articulaire de l'os, je me sers d'un davier à résection au lieu d'un tire-fond.

M. TRÉLAT. La question que soulève en ce moment M. Chassaignac a été discutée plusieurs fois devant la Société de chirurgie. Je considère comme mauvais en général le précepte donné par M. Chassaignac. En faisant la section de l'os avant la désarticulation, on peut la pratiquer dans un endroit mal déterminé relativement à la lésion de

s.
M. CHASSAIGNAC. L'objection que me fait M. Trélat avait été formulée bien avant lui et particulièrement par M. Robert. Je lui répondais que la section préalable de l'os ne force pas de limiter son action au point où l'on a fait porter la scie. On peut, s'il en est besoin, enlever une portion plus considérable de l'os; mais en tout cas, cette manière d'agir facilite singulièrement l'opération.

J'admets, comme un principe opératoire des plus importants, qu'il faut faire de délabrements que ce qui est indispensable. Or, si on pratique une incision unique aux parties molles et que l'on veuille rendre la désarticulation préalable à cette incision, on produit nécessairement des délabrements profonds très-considérables.

M. VERNEUIL. Je n'ai suivi exclusivement ni le précepte de ceux qui veulent ménager les tissus, ni celui de ceux qui les ouvrent largement. J'ai commencé par ouvrir la capsule et par détruire tous les os possibles, puis j'ai scié l'os, et enfin j'ai enlevé le col. M. Chassaignac scie l'os avant d'ouvrir l'articulation, voilà son principe classique. On lui a objecté qu'on s'exposait à enlever les portions d'os qu'on connaît nettement l'état des surfaces articulaires.

M. TRÉLAT. La discussion est simplifiée par les paroles prononcées par M. Chassaignac. Du moment où il ne s'agit plus que d'un artifice de médecine opératoire qui doit simplifier l'opération, mon objection tombe.

Mais j'ajoute, qu'en principe, au point de vue de la pathologie, il vaut mieux désarticuler d'abord et sectionner ensuite.

M. CHASSAIGNAC. L'objection de M. Trélat n'a pas plus de valeur au point de vue thérapeutique qu'à celui de la médecine opératoire. Ce qui est capital, c'est de ne pas produire de grands traumatismes, de grands traumatismes inutiles.

Dans le cas de M. Verneuil, ce ligament très-fort qui eût été capable de soutenir le membre eût rendu très difficile la luxation de la tête, avant la section de la diaphyse de l'os.

M. TRÉLAT. Malgré ce qu'a dit M. Chassaignac, je ne me fais pas de faire le diagnostic de la limite exacte de la lésion d'une tête osseuse.

Personne ne fait plus ces grandes incisions que M. Chassaignac

reproche aux chirurgiens, et l'on ne peut prétendre que l'on fait d'énormes incisions parce que l'on pratique la désarticulation avant la section. Pour la résection du coude en particulier, il y aura toujours avantage à désarticuler avant de sectionner.

M. PANAS. M. Verneuil a appelé notre attention sur le raccourcissement que l'on peut observer malgré le parallélisme des deux membres.

Il peut y avoir deux causes de ce raccourcissement :

1° L'atrophie de l'os, c'est ce qui explique le cas de M. Boinet;
2° la pseudo-luxation, c'est-à-dire l'élévation de la tête du fémur dans sa propre cavité : c'est le cas de M. Verneuil, dans lequel on a vu que la cavité était agrandie.

Je crois avec Bonnet qu'en plaçant le membre dans le parallélisme, on s'oppose à la production des véritables luxations, de celle dans laquelle la tête sort à travers la capsule. Mais ce qui est alors encore possible, c'est la pseudo-luxation.

M. CHASSAIGNAC. M. Trélat nous a montré qu'il ignore complètement l'histoire des résections. A l'époque où j'ai présenté mon travail sur les résections, ces opérations se faisaient toutes par les méthodes délabrantes.

Je réclame la propriété de cette idée doctrinale que pour faire les résections utilement, il faut renoncer aux méthodes anciennes et j'ajoute que je crois qu'il existe encore des chirurgiens qui tiennent à pratiquer de larges incisions pour arriver sur les surfaces osseuses.

M. BOINET. Le raccourcissement de 6 ou 7 centimètres qui existait chez l'un de nos malades, variait suivant qu'on examinait celui-ci debout ou couché. Ce raccourcissement est dû à la fois au déplacement de la tête, à l'atrophie de l'os et à la situation du membre. Le raccourcissement était moins considérable quand le malade était couché.

M. MARJOLIN. Le fait de M. Verneuil est très-intéressant au point de vue des résections.

Le raccourcissement avec parallélisme du membre, malgré l'emploi de l'appareil de Bonnet, se montre quelquefois. C'est surtout dans la coxite, quand les surfaces articulaires sont altérées dans leur forme, que l'on peut observer ce déplacement de la tête fémorale.

Dans ces cas, il ne faut pas trop chercher à égaliser les membres, car en trop insistant dans cette direction on pourrait, on le comprend, contrarier le travail de la nature. Dans tous les cas, les malades resteront boiteux.

L'état gras du foie est une affection organique consécutive à toutes

lésions accompagnées de suppurations très-longues, et ne pourrait constituer une contre-indication à la résection.

M. PANAS. M. Boinet avait parlé d'un raccourcissement de 7 centimètres observé chez un de ses malades, sans spécifier qu'il y avait à la fois raccourcissement réel et apparent.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Tumeurs multiples de la face.

M. PANAS. J'ai l'honneur de présenter ici une malade atteinte de tumeurs multiples de la face, à l'effet d'avoir l'opinion de ceux d'entre vous qui ont eu à observer des cas analogues à celui-ci.

Le siège, en partie ganglionnaire (sauf la tumeur de l'orbite et de la narine gauche), porte à penser qu'il s'agit d'un cas d'adénie, d'autant plus que la conservation de la santé générale, le défaut d'ulcération des tumeurs et la sécrétion laiteuse de la mamelle gauche surviennent chez une vieille femme, corroborent en partie cette manière de voir. Toutefois, j'hésite encore entre ce diagnostic et celui de tumeurs méso-plastiques et c'est pourquoi j'ai cru devoir demander votre avis. Dans cette dernière hypothèse, il resterait encore à expliquer la multiplicité et la symétrie de toutes ces tumeurs, outre que le développement d'une lésion maligne débutant par les ganglions est par lui-même un fait assez exceptionnel, et comme tel méritait encore de vous être présenté.

Du reste, voici l'observation détaillée de cette malade.

La nommée Amable B..., âgée de 52 ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 7 septembre, salle Saint-Charles, lit n° 12.

Cette femme, journalière de son état, dit n'avoir jamais fait de maladie, avoir eu quatre enfants et le dernier à 28 ans. La ménopause s'est montrée chez elle à l'âge de 40 ans et ne s'est compliquée d'aucun accident. Cependant, la malade aurait souffert quelque temps après l'anémie avec pâleur et palpitations ayant persisté pendant un an.

Il y a à peu près deux ans et demi que la malade vit apparaître une tumeur du volume d'une noisette sur la région maxillaire gauche, à l'endroit du ganglion facial. Aujourd'hui, cette même tumeur a le volume d'une orange. La peau qui la recouvre est amincie, lui adhère intimement et offre une coloration violacée disparaissant à la pression du doigt. Dans l'épaisseur du derme, on voit des varicosités. La consistance de la masse est lardacée; celle-ci est en partie mobile sur le

maxillaire qui présente toutefois des ostéophytes à la base de la tumeur.

Du même côté, le ganglion préauriculaire est pris et offre le volume d'une petite noix.

La malade fait remonter à deux mois l'apparition de cette dernière tumeur indolente et non adhérente à la peau.

Du côté droit, on trouve le ganglion maxillo-facial pris de la même façon que celui du côté gauche et la peau présente la même adhérence et les mêmes modifications; toutefois, la consistance en est un peu plus dure.

On voit aussi, du même côté un gros ganglion sous-maxillaire du volume d'un œuf, qui n'offre pas de liaison avec la peau, mais qui est adhérent profondément. Enfin, un ganglion sous-mentonnier du volume d'une petite noisette existe à gauche.

La chaîne ganglionnaire post-mastoidienne est prise des deux côtés jusqu'à la clavicule.

Dans la région sous-claviculaire et axillaire, on ne trouve pas de ganglions. Pas de ganglion épitrochléen, ni de ganglions inguinaux.

Les ganglions iliaques et mésentériques ne paraissent pas être malades.

Une tumeur de même nature que celle de la joue a envahi depuis six mois l'orbite gauche et occupe toute la paupière inférieure. Le repli semi-lunaire est complètement dédoublé; les voies lacrymales sont probablement envahies, et de là la tumeur se propage dans la fosse nasale gauche, où elle fit son apparition il y a quatre mois. Comme conséquence, on observe un certain degré d'exorbitis, une abduction avec élévation du globe oculaire, qui est porté en haut et en dehors, et de plus un élargissement de la pupille qui est moins mobile que celle du côté opposé.

Il y a diplopie verticale et horizontale à la fois. La diplopie est du reste croisée et la vue ne paraît pas considérablement affaiblie.

L'inspiration et l'expiration sont impossibles par la fosse nasale gauche qui est totalement bouchée. Le sinus maxillaire et la voûte sont exempts de toute lésion.

Il n'y a aucun changement du côté de la santé générale; rien non plus du côté du cœur et des vaisseaux. La respiration est régulière des deux côtés, ce qui indique que les ganglions bronchiques ne sont pas pris.

La rate, ainsi que le foie, sont en bon état.

Depuis sept à huit mois, la malade s'est aperçue d'un écoulement séreux, qui persiste encore aujourd'hui, par la mamelle droite. Du

ste, la glande mammaire de ce côté offre une petite augmentation de volume et de consistance.

L'analyse chimique des urines n'a fait trouver aucune trace d'albumine ni de sucre.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le Secrétaire, Dr LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le Président annonce que M. de Graëfe, de Berlin, membre associé, assiste à la séance.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *Le Bulletin de thérapeutique.* — *la Gazette médicale de Strasbourg.*

— *Blessure de la joue. Fistule consécutive du canal de Sténon. Opération d'après un nouveau procédé; guérison*, par le docteur Higuet (de Liège). Brochure in-8°.

— *Della elettro-puntura nella cura degli aneurismi dell' aorta toracica*, par le docteur Luigi Ciniselli. Brochure in-8°.

— *Monografia della arteria vertebrale*, par le docteur Agostino Barriero (de Milan). In-4° avec planches.

— Le professeur CINISELLI (de Crémone) adresse à la Société l'importante observation qui suit :

**Anévrisme de l'aorte ascendante traité
par la galvano-puncture.**

Antoine R..., âgé de 46 ans, de bonne constitution, n'a eu d'autre maladie qu'une arthrite avec endocardite en 1863. Guéri en apparence de cette maladie, il changea son métier de postillon en celui moins fatigant de voiturier. En 1866, il commença à éprouver des douleurs

avec pulsation dans le côté droit de la poitrine, outre une sensation pénible de lassitude et de gêne dans l'exercice de son métier. A ces symptômes, qui se prononçaient toujours plus, s'ajouta, au commencement de cette année, de la dyspnée et des lipothymies, les pulsations devinrent sensibles au toucher à travers les parois de la poitrine, qui s'élevèrent en forme de tumeur : enfin, l'insomnie, la position horizontale devenue pénible, l'intolérance au travail, ont décidé le malade à entrer dans cet hôpital major, le 24 juillet de cette année.

Le sujet étant debout, on voyait, à droite du sternum, une tumeur arrondie, élevée d'un centimètre à un centimètre et demi sur les parois de la poitrine, s'étendant à six centimètres dans le sens transversal, moins dans le vertical, dont la pulsation était visible. Elle était formée par une courbure limitée à la troisième et quatrième côtes et au troisième espace intercostal, presque doublé d'étendue.

Les deux côtes ne présentaient aucune autre altération appréciable ; on apercevait à travers elles la pulsation, surtout à travers la troisième qui était plus courbée que l'autre. Au milieu de l'espace intercostal, la pulsation était assez forte. Dans la position horizontale du sujet, la tumeur était moins élevée, l'espace intercostal moins étendu et la pulsation moins forte ; celle-ci était accompagnée par un bruit doux de soufflet. La pulsation était aussi profondément sensible au toucher dans le second espace intercostal, mais pas dans le quatrième. Du reste, on ne remarquait aucun autre trouble dans la circulation et dans la respiration, à l'exception de ceux qui résultaient de la compression exercée sur le poumon droit par la tumeur anévrismale, qui s'étendait bien peu au delà des limites qu'on remarquait à l'extérieur. En effet, les pulsations obscures qu'on apercevait du côté du dos, le défaut d'altération dans la voix et dans la circulation des jugulaires, devaient faire penser à un développement limité de l'anévrisme à l'intérieur.

Pour l'ensemble de ces symptômes, il a été jugé qu'on avait à faire à un anévrisme de la partie latérale de l'aorte ascendante. On se décida à le traiter par la galvano-puncture, après que j'eus donné à mes collègues l'assurance d'éviter les accidents dangereux, propres à cette opération, tels que l'inflammation phlegmoneuse et les escharres.

L'opération a été pratiquée le 30 juillet, en présence de presque tout le corps médical de l'hôpital. — Trois aiguilles d'acier luisant de l'épaisseur d'un millimètre, ont été enfoncées dans le troisième espace intercostal ; la première à la distance d'un centimètre et demi

du sternum, les autres à l'extérieur et à la distance de deux centimètres l'une de l'autre; elles étaient secouées violemment par la pulsation de l'anévrisme. Le courant électrique provenait d'une pile à colonne de trente couples carrés, ayant dix centimètres de côté, animée par une solution saturée de sel marin. — C'est l'appareil par lequel on a obtenu le plus de succès et le moins d'accidents, surtout de ceux qui se rapportent à l'inflammation phlegmoneuse. — Pour éviter les escharres causées par l'action chimique du courant, qui forment l'accident le plus redoutable de la galvano-puncture, j'ai commencé l'opération en appliquant le réophore positif sur une des aiguilles et le négatif près de la tumeur, sur la peau, au moyen d'un plumasseau imbibée d'eau salée. Ensuite, j'ai transporté le réophore positif sur une autre aiguille et le négatif sur l'aiguille déjà soumise à l'action du pôle positif, et ainsi de suite; de sorte que chacune des aiguilles a été mise en communication avec les deux pôles. — L'oxydation des aiguilles par l'action du pôle positif et l'oxygénation du sang, qui se manifeste par un petit cercle noir autour de la piqûre, procure un isolement suffisant pour une durée limitée du courant; ce qu'on a cherché en vain par les couches isolantes. Cela est démontré par des observations assez connues et par des expériences et des faits cliniques rapportés dans mes *Études sur la galvano-puncture dans le traitement des anévrismes* (1856) et *sur l'action chimique de l'électricité sur les tissus vivants* (1862), et dans le *Résumé des études, Ecc. Gazette médicale* 1866. — Les changements de contact des réophores avec les aiguilles étaient combinés de manière à épargner les secousses au malade.

Jusqu'à ce point, je me suis tenu rigoureusement aux règles que l'expérience et les observations nous ont appris à suivre; mais ici une crainte, qui m'a été inspirée par les collègues présents, m'en a fait écarter. L'expérience a démontré que pour profiter de l'isolement des aiguilles, fait par l'oxydation, en employant un appareil de tension suffisante pour procurer la coagulation du sang, il faut que la durée du courant sur chacune des aiguilles ne dépasse pas cinq minutes. Il est aussi prudent, pour ne pas provoquer une réaction ultérieure trop forte, que l'opération ne soit pas prolongée au delà d'une demi heure. Or, on m'a suggéré qu'un caillot électrique pouvait se détacher et être transporté, exposant le malade aux effets de l'embolie. Cette considération m'a fait prolonger les applications sur chacune des aiguilles au delà du temps susdit, et jusqu'à dix minutes sur les deux aiguilles plus près du sternum, dans le but de procurer une adhérence plus solide entre les caillots électriques et les parois du sac anévrismal,

Cette pratique, par laquelle nous avons cru nous mettre à l'abri des accidents de l'embolie, ne manqua pas d'occasionner les cautérisations électro-chimiques au niveau des deux piqûres; mais comme elles étaient superficielles, elles n'ont pas eu de conséquences graves. L'action totale du courant a été portée jusqu'à quarante minutes. La peau qui couvrait la tumeur était rouge et tuméfiée.

L'extraction des aiguilles, faite immédiatement, a été pénible à cause de l'adhérence qu'elles avaient contractée avec les tissus traversés, par suite de leur oxydation. Malgré la précaution de déprimer la peau pendant l'extraction des aiguilles, nous n'avons pas empêché que du sang se répandit dans le tissu cellulaire. Il n'y eut pas de sortie de gaz. L'hémorrhagie de sang vermeil, peu importante, s'arrêta promptement par suite de l'application d'une compresse imbibée d'eau saturnine et d'une vessie remplie de glace. De l'eau à la glace a été donnée pour boisson.

Les sensations de brûlure qui avaient accompagné l'opération cessèrent peu après; les pulsations de la tumeur se réduisirent à l'état ordinaire, de manière que le malade rentra dans le calme.

En examinant les aiguilles et leur oxydation, on a pu reconnaître que celle qui était placée près du sternum avait pénétré à un centimètre et demi dans la cavité de l'anévrisme, ayant traversé des tissus solides de l'épaisseur de deux centimètres, ce que l'on reconnaît à la plus profonde oxydation; celle qui occupait la partie moyenne pénétra à trois centimètres et demi dans la cavité de l'anévrisme, ayant traversé des tissus de l'épaisseur d'un seul centimètre; l'aiguille enfoncée à l'extérieur pénétra à deux centimètres et demi dans le sac anévrisimal, ayant traversé les tissus dans l'épaisseur de deux centimètres.

L'opération n'a pas été suivie de réaction générale; la réaction locale, caractérisée par la tuméfaction et la rougeur de la peau, se dissipa sous l'application de la glace continuée pendant les deux premiers jours et de l'eau saturnine continuée encore pour quelques jours. L'épanchement sanguin et toute réaction locale étant dissipés six jours après l'opération, on trouva la tumeur abaissée et presque au niveau des parois du thorax. La troisième côte seulement conservait la courbure acquise; la pulsation à travers elle était faible et obscure. Dans le troisième espace intercostal, elle était aussi faible et plus profonde qu'elle ne l'était auparavant; elle était aussi à peine perceptible à travers la quatrième côte. Mais ce qui nous persuadait mieux que tout que nous avions obtenu une notable amélioration de la maladie, c'est que le malade nous assurait qu'il n'éprouvait plus

cune gêne dans la respiration et qu'il pouvait garder la position horizontale sur le dos et sur les côtés, se trouvant cependant mieux sur le côté droit. Il avait recouvré le sommeil et le bien-être, qu'il goûtait plus depuis deux mois.

Malgré cet état satisfaisant, on obligea le malade à garder le lit pendant trois semaines, en lui donnant de la digitale pour modérer les mouvements de la circulation, et en même temps une diète bien nourrissante à l'aide de la viande, dans le but de procurer au sang les éléments plastiques nécessaires à la formation d'un caillot capable de remplir toute la cavité du sac anévrisimal.

En examinant le sujet debout, après le temps susdit, on apercevait la tumeur un peu plus élevée, la pulsation était visible et moins profonde dans le troisième espace intercostal ; le bruit de soufflet était presque comme avant l'amélioration. L'état d'amélioration continuant, le malade, satisfait et espérant la guérison complète, quitta l'hôpital le 11 septembre, quarante-trois jours après l'opération.

26 septembre (58 jours après l'opération). — Le sujet s'étant présenté, on constata la courbure de la troisième côte abaissée et réduite presque à l'état normal ; la tumeur étant en conséquence disparue, on ne remarquait qu'une tuméfaction, sur laquelle l'œil n'apercevait plus de pulsations ; celles-ci cependant étaient encore sensibles au doigt au niveau de la troisième côte et de l'espace intercostal, mais moins profondément qu'autrefois ; le bruit de soufflet beaucoup plus sourd, se confondant avec le bruit vésiculaire. — Le sujet continue à mener une vie commode, en se tenant au régime nourrissant ; il ne se plaint que de douleurs générales, mais plus particulièrement dans les membres, par suite de l'affection arthritique qui ne l'a jamais quitté.

4 octobre (66 jours après l'opération). — Le sujet a gagné de la force et de l'embonpoint. Examiné peu après avoir fait une promenade de trois kilomètres, il ne se plaint d'aucune sensation pénible, aucune gêne dans la respiration. La pulsation est encore sensible au doigt dans le troisième espace intercostal, mais plus profonde ; le bruit de soufflet a presque disparu ; le bruit vésiculaire à travers de la tumeur est plus clair. Tous ces changements font concevoir l'idée que le sac anévrisimal est presque rempli de caillots, et que la pulsation ne doit pas tant être attribuée au mouvement d'expansion et de rétrécissement de l'anévrisme, qu'à l'impulsion que la tumeur doit recevoir de l'aorte, sur laquelle elle a son siège.

12 octobre (74 jours après l'opération). — Le sujet se trouvant toujours bien, ennuyé de la vie oisive, reprend l'exercice de son métier.

Tumeurs multiples de la face.

DISCUSSION.

A propos du procès-verbal :

M. DOLBEAU. J'ai examiné pendant la dernière séance la malade qui a été présentée par M. Panas. Je crois qu'il s'agit là d'un cas d'adénie.

En 1865, à l'hôpital des Cliniques, j'ai observé un homme de 65 ans qui venait réclamer les soins du chirurgien pour une petite tumeur siégeant au niveau de la paupière inférieure gauche et produisant de l'épiphora. Il existait en outre plusieurs masses sous-maxillaires et jugales, dures, recouvertes par la peau saine et mobile et qui ne causaient aucune gêne.

Il y avait en outre trois petites tumeurs dans la paupière supérieure gauche, plus deux tumeurs dans les paupières du côté droit. On constatait l'engorgement d'un ganglion sous-maxillaire médian et de plusieurs ganglions des régions inguinales.

Il existait une gêne très-grande de la respiration, et l'examen de la cavité buccale permettait de constater l'hypertrophie des glandes de la voûte palatine, du voile du palais et de la région de l'isthme du gosier. L'isthme était tellement obturé que quelques mois avant un médecin avait enlevé la partie la plus saillante des tumeurs siégeant dans ce point, pour permettre au malade de respirer.

Je pensai qu'il s'agissait là d'un cas d'adénie, compliqué d'une hypertrophie glandulaire multiple (glandes sudoripares des paupières, glandes palatines, buccales, etc.).

Ni la rate ni le foie n'étaient engorgés.

L'examen du sang avait été fait par M. Robin, et celui-ci avait trouvé une quantité anormale de leucocytes.

Le malade eut le choléra ; il atteignit un degré extrême d'amaigrissement. Trois semaines après le début du choléra, pendant la période de convalescence, on constata que toutes les tumeurs avaient disparu.

M. CHASSAIGNAC. Je désire citer un fait qui a la plus grande analogie avec celui que vient de nous faire connaître M. Dolbeau.

Chez un malade présentant tous les symptômes de la leucocythémie, il existait des engorgements ganglionnaires multiples. On en constatait même dans des endroits où on ne soupçonne pas habituellement leur présence, notamment dans les régions des omoplates.

M. VERNEUIL. J'ai aussi examiné le malade de M. Panas et je serais très-embarrassé de rattacher son affection à une maladie quelconque actuellement dénommée. Je ne crois pas qu'on puisse admettre qu'il

it là d'une adénie. Il m'est impossible d'admettre l'existence de glions lymphatiques dans la cavité de l'orbite, au milieu des joues. manque des signes importants de l'adénie, l'engorgement des aines et des aisselles.

M. Dolbeau a rapproché du fait de M. Panas un fait qui est très-ogique, mais qui, selon moi, ne peut pas non plus être rapporté à adénie. Il nous a dit, en effet, que l'on observait non-seulement l'engorgement des ganglions, mais aussi celui des glandes sudoripares. Je ne sais pas que l'on ait jamais noté dans l'adénie l'engorgement des glandes à conduit excréteur.

Dans les trois cas d'adénie que j'ai eu occasion d'observer, les ganglions lymphatiques étaient pris partout symétriquement, mais dans un d'eux la peau n'était intéressée comme chez le malade de M. Panas.

M. DESPRÉS. M. Verneuil a développé une partie des arguments sur lesquels j'avais voulu moi-même insister. Comme lui, je ne crois pas qu'il s'agisse d'adénie.

On parle de l'adénie, sous la foi de M. Trousseau, comme d'une adénie spéciale. Mais je ne vois pas que cette opinion soit justifiée. Sur mon compte, je connais les engorgements ganglionnaires multiples et voilà tout, et je ne pense pas qu'il faille admettre le mot vague adénie.

Dans les tumeurs de la malade de M. Panas, j'observe plusieurs caractères des tumeurs malignes : d'abord, l'adhérence de la peau aux tumeurs, et l'adhérence de celles-là aux parties profondes. Je serais tenté à penser qu'il s'agit là de tumeurs fibro-plastiques multiples.

Autrefois M. Broca a présenté un vieillard atteint de tumeurs fibrouses multiples, dont le cas offrait quelque analogie avec celui-ci. Je rapprocherais encore de ce fait celui communiqué dernièrement à la Société médicale des hôpitaux sous le titre de *Tumeurs cancéreuses de la peau*.

M. MARC SÉE. Je veux répondre aux objections de M. Verneuil. J'ai observé deux faits d'adénie, et, dans ces cas, il n'y avait d'engorgement que dans les régions où se trouvent normalement des ganglions lymphatiques. Je ne crois pas cependant pour cela qu'il ne faille pas rapporter le cas cité par M. Dolbeau à l'adénie. Il existe en effet, dans toutes les régions indiquées par M. Dolbeau comme étant le siège de tumeurs, un tissu dit cytogène, composé de cellules analogues aux cellules des ganglions lymphatiques.

Ce tissu a le même rôle que les ganglions lymphatiques, et l'on a

constaté qu'il pouvait être le siège des mêmes altérations que les ganglions lymphatiques.

M. DOLBEAU. Je ferai remarquer que chez mon malade l'analyse du sang a été faite par M. Robin. Il y avait prédominance de globules blancs; on avait donc affaire à un leucémique. En outre, on observait des ganglions inguinaux très-développés et un ganglion sous-mentonnière.

M. VERNEUIL. Pour moi, l'adénie est une affection définie et qui n'a aucune analogie avec la scrofule.

J'accepterais volontiers l'argument conciliateur de M. Sée, qui nous fait connaître l'engorgement d'un tissu, analogue à celui des ganglions lymphatiques. Mais je ferai remarquer que chez les jeunes enfants on trouve des milliers de ganglions, et cependant on n'en observe pas sous les muqueuses.

M. Dolbeau a dit que son malade était leucémique; mais il pouvait être leucémique au même titre qu'un autre serait albuminurique. L'excès des globules blancs du sang se rencontre dans un grand nombre de maladies et ne peut servir à caractériser une maladie particulière; cet excès ne constitue qu'un symptôme. Ce malade était leucémique, comme le sont beaucoup de malades chez lesquels se développent des néoplasmes multiples.

M. DEMARQUAY. J'ai eu occasion de voir des malades atteints d'adénie. Tous ces malades avaient un certain âge et l'on ne pouvait rapporter leur affection à la scrofule. L'une de ces malades était très-débilitée; elle mourut bientôt. Son sang fut examiné: il ne renfermait pas de globules blancs en excès. Il faut en conclure que dans ces cas la présence des globules blancs en excès n'a qu'une importance secondaire.

M. DESPRÉS. Je suis tout à fait l'adversaire de la théorie de l'adénie. De deux choses l'une, ou c'est une maladie générale, ou c'est une maladie locale. Si c'est une maladie générale, pourquoi tous les ganglions ne deviennent-ils pas malades en même temps? Ou c'est une maladie locale, et alors ce n'est plus qu'une simple hypertrophie des ganglions.

J'ai souvenir d'une malade de M. Richard qui présentait une hypertrophie ganglionnaire multiple; celle-ci avait succédé à une ancienne adénite, qui elle-même était la conséquence d'une affection de la peau.

M. LIÉGEOIS. Si M. Després avait été à même d'observer certains cas de leucocythémie, il ne serait pas aussi opposé à la théorie de l'adénie. Chez ces malades, on trouve des engorgements ganglion-

ires extrêmement nombreux, et, dans le sang, on trouve les globules blancs dans la proportion de 10 à 15 p. 100, au lieu de 1400.

M. LÉON LABBÉ. Malgré l'opinion de M. Després, il est impossible de pas admettre l'existence de l'adénie. On en observe certains cas lement caractérisés que les nier serait nier l'évidence. J'ai eu, il y a quelques années, l'occasion de voir, avec M. Tardieu, l'un de mes anciens professeurs du lycée, qui était atteint de cette affection. Chez lui, toutes les glandes lymphatiques du corps étaient augmentées de volume, on pouvait les compter par centaines. Dans aucun point la tumeur n'était adhérente à ces glandes. Le malade s'éteignit peu à peu; il était pâle et amaigri. L'analyse du sang n'avait pas été faite.

M. MARC SÉE. Les tumeurs du malade de M. Dolbeau se sont développées toutes en même temps et ont disparu toutes en même temps; donc, il est probable qu'elles s'étaient développées dans un tissu analogue et sous l'influence de la même cause. On doit remarquer que c'est une affection grave de l'intestin qui a déterminé la disparition de toutes ces tumeurs; à ce point de vue, il est intéressant de faire remarquer que l'intestin renferme en assez grande abondance un tissu analogue à celui qui constitue les ganglions lymphatiques.

M. DESPRÉS. J'accepterai la théorie de l'adénie lorsqu'on me dira que chez un malade tous les ganglions étaient affectés.

LÉON LABBÉ. J'ai précisément dit que dans le cas que j'avais observé tous les ganglions étaient augmentés de volume.

M. PANAS. Chez ma malade, le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. L'analyse du sang sera faite.

La glande mammaire semble ressentir l'influence de la même cause morbide, ce qui serait difficile à expliquer s'il s'agissait de tumeurs fibro-plastiques. Il existe un écoulement muqueux par le sein.

Sauf pour ce qui est des tumeurs de l'orbite et du nez, on peut tout expliquer par l'engorgement ganglionnaire.

Ce cas assurément s'éloigne des cas d'adénie type, parce que tous les ganglions ne sont pas pris et parce que d'autres tissus glandulaires ne sont pas affectés.

Je dois dire que la malade est soumise au traitement par l'iodure de potassium et l'huile de foie de morue mélangés et qu'il m'a paru que le volume des tumeurs était moindre depuis trois jours.

M. BROCA. Il me semble difficile, lorsque nous voyons des tumeurs multiples dans une région comme celle-ci, de ne pas reconnaître la marche d'une maladie maligne. Je pense qu'il s'agit, dans ce cas, de tumeurs fibro-plastiques. Mais la marche de la maladie semble

- renversée; les ganglions lymphatiques se seraient engorgés d'abord, puis la tumeur de l'orbite se serait montrée.

M. Panas nous dit qu'il existe en outre une tumeur de la mamelle; mais c'est là une raison à invoquer contre l'existence de l'adénie.

Voici, je pense, comment on peut interpréter l'histoire de cette malade.

On nous a dit qu'elle avait eu au niveau de la région maxillaire supérieure, près de la ligne médiane, une tumeur qui a été enlevée et à laquelle on a donné le nom d'*épuhis*. Eh bien! la tumeur primitive a été enlevée et des tumeurs secondaires ont apparu au niveau des ganglions. Quoi de plus normal que cette marche? S'il n'existait pas une tumeur dans l'orbite, cette discussion n'aurait pas eu de raison d'être.

Je crois que la tumeur qui fait saillie dans l'orbite vient du sinus maxillaire et qu'elle n'est que la continuation de la tumeur qui a été enlevée.

En réponse à une allusion que M. Després a faite à l'un de mes malades, je dirai que celui-ci avait 1082 tumeurs qui n'étaient pas des fibrômes mais des lipômes avec interposition d'une certaine quantité de tissu fibreux. Il est vrai qu'au moment de la mort du malade, le tissu fibreux dominait dans les tumeurs, mais toute la partie grasseuse de celle-ci avait disparu. Ce malade était mort de faim, et il y avait eu une véritable autophagie. Mais l'on retrouvait encore des vésicules graisseuses dans toutes ces tumeurs; elles existaient aussi en plus grande abondance qu'à l'état normal dans la gaine de la carotide, etc., etc.

M. PANAS. Au point de vue de la simplicité du diagnostic, je serais très-heureux que les choses se soient passées comme vient de l'indiquer M. Broca. Il y a bien eu, il est vrai, une tumeur du maxillaire enlevée il y a vingt ans; mais depuis deux ans seulement, après dix-huit ans d'intervalle, l'affection actuelle s'est montrée.

Quant à la mamelle, elle ne présente pas d'engorgement, elle est seulement le siège d'une sécrétion anormale.

Ce ne sont pas seulement des ganglions en rapport avec le siège de la tumeur primitive, qui sont malades, mais aussi les ganglions du côté opposé, ce qui fait penser que les ganglions sont pris primitivement.

M. CHASSAIGNAC. J'avoue n'avoir jamais vu de cancer bilatéral; mais chez la malade de M. Panas, il me semble qu'il n'y a pas d'interruption entre les ganglions engorgés à droite et à gauche.

COMMUNICATION.

Ovariectomie.

M. LIÉGEOIS. — Madame T..., âgée de 54 ans, est une femme maigre, de constitution moyenne, d'un tempérament nerveux, parlant beaucoup et avec volubilité; elle n'a point eu dans sa jeunesse d'affections sérieuses. Ses règles ont apparu à 13 ans, toujours elles se sont faites régulièrement, presque sans douleur, jusqu'à l'âge de 42 ans, époque qui correspond à leur disparition. A 37 ans, elle a eu une grossesse; ses couches, quoique ayant été un peu longues, se sont terminées sans accidents. En 1847, à la suite de douleurs très-vives dans les reins, elle rendit, lors d'une miction, une petite pierre du volume d'un haricot. Depuis lors, à des intervalles variables, cinq fois des douleurs semblables aux premières reparurent, et chaque fois ces douleurs se terminèrent après l'expulsion de un ou deux petits calculs. Ces calculs, qui m'ont été remis par la malade, étaient composés de phosphate de magnésie et d'acide urique.

Il y a 7 ans environ que je vis madame T... pour la première fois, appelé par elle pour la soulager dans une de ses crises. Explorant alors la partie inférieure de l'abdomen, je trouvai dans l'excavation pelvienne une petite tumeur grosse environ comme un œuf de poule, mobile, indolente, peu dure à la pression. Mais je n'arrêtai pas d'abord mon attention sur cette tumeur, la concentrant sur l'état des organes urinaires. Le cathétérisme ne me fit découvrir aucun calcul. Je constatai seulement que l'urine était trouble, et que ce trouble reconnaissait pour cause la présence du pus. A quelques jours de là, j'étais appelé de nouveau; une petite pierre s'était échappée de l'urèthre; mais l'urine restait purulente, de plus la malade accusait une douleur assez vive du côté du col de la vessie et de fréquentes envies d'uriner. Elle avait, en un mot, une cystite.

Dans les six années qui suivirent cette dernière visite, je revis cette malade dans mon cabinet six ou sept fois environ : elle venait me consulter pour cette dernière affection. Chaque fois, je pus constater que la tumeur que j'avais découverte dans le petit bassin prenait de plus en plus de développement. J'avais été un an environ sans revoir cette femme, quand le 1^{er} août de cette année, elle se présenta chez moi, me disant, dès son entrée, qu'elle venait me prier de la débarrasser de la tumeur qu'elle portait dans le ventre, en lui pratiquant l'opération de l'ovariectomie (*sic*).

J'examinai alors avec le plus grand soin cette malade, et je cons-

tatai les symptômes suivants : l'abdomen est notablement distendu ; l'intervalle qui sépare l'appendice xyphoïde de l'ombilic est de 22 centimètres ; celui qui sépare l'ombilic du pubis, de 22 centimètres ; la circonférence du ventre, au niveau de l'ombilic, mesure 93 centimètres ; la pression exercée avec la main sur tous les points de la paroi abdominale ne provoque aucune douleur, elle détermine une sorte de crépitation fixe, analogue à celle que l'on perçoit quand on froisse de la fécule. Cette crépitation est surtout bien accusée sur le milieu et sur les côtés de la paroi antérieure. Quand on cherche à délimiter la tumeur, il est facile de reconnaître qu'elle occupe la plus grande partie de la cavité abdominale ; qu'en bas, elle plonge dans l'excavation pelvienne ; qu'en haut, elle s'étend jusqu'à la portion moyenne de la région épigastrique. A la percussion, cette tumeur est molle dans toute son étendue ; supérieurement et à droite, la matité se confond avec celle du foie. En arrière et sur les côtés de la colonne lombaire, la sonorité est des plus manifestes, ainsi qu'à la partie supérieure de l'épigastre et de l'hypocondre gauche. A la palpation, on reconnaît que la tumeur se compose de deux parties, l'une, qui comprend sa presque totalité, est fluctuante dans toute son étendue ; l'autre, qui surmonte cette première partie en haut et à droite, a le volume d'une tête de fœtus environ, paraît plus longue que large, est bosselée, non fluctuante. Par le toucher vaginal, on constate que l'utérus est élevé et difficile à déplacer ; il est impossible d'atteindre avec le doigt l'extrémité inférieure de la tumeur. Par le toucher rectal, on n'arrive pas non plus sur celle-ci. Enfin, le cathétérisme de la vessie fait reconnaître une sensibilité assez vive du col ; l'urine qui s'échappe de la sonde est légèrement opaque.

Interrogée sur les troubles fonctionnels qu'elle éprouvait, madame T... nous affirme d'abord qu'elle n'a jamais ressenti de douleurs spontanées ou provoquées au pourtour de sa tumeur. Elle accuse seulement une certaine gêne de la respiration, la perte de l'appétit, une lenteur assez grande des digestions, une disposition extrême à la fatigue, des douleurs du côté de la vessie, des envies fréquentes d'uriner.

Après cet examen, il était de toute évidence que la tumeur que portait cette femme était un kyste ovarique. Mais à quel parti devions-nous nous arrêter ? Fallait-il céder à la prière de la malade et pratiquer l'opération de l'ovariotomie ou seulement lui proposer la ponction ? Il me paraissait bien certain que le kyste se trouvait dans les conditions les meilleures pour être enlevé. L'absence absolue de douleurs depuis son apparition, permettait en effet de supposer qu'il était

rempt d'adhérences. Ajoutons que le frottement péritonéal nous semblait un indice à peu près certain qu'il y avait un glissement facile entre la paroi abdominale antérieure et la tumeur. Mais, d'autre part, cette femme était âgée, condition toujours défavorable pour la réussite de l'ovariotomie; les troubles fonctionnels provoqués par la tumeur n'étaient point arrivés à un degré tel qu'on dût recourir à un moyen extrême; la ponction, qui pouvait encore être reculée, nous paraissait, du reste, un moyen capable de prolonger l'existence de cette femme un certain nombre d'années; enfin, la malade était atteinte d'une cystite chronique, et je devais penser que c'était là une complication d'une certaine gravité pour le succès de l'ovariotomie. Mon premier sentiment fut donc que je devais refuser à madame T... l'opération qu'elle réclamait de moi. Mais, après que je lui eus expliqué les motifs de cette détermination, celle-ci m'adressa les supplications les plus vives pour ne pas la laisser dans l'état où elle se trouvait; elle savait bien, disait-elle, qu'elle ne pouvait pas vivre longtemps dans cette position, elle savait que la ponction ne la guérirait pas de ses souffrances, elle ne voulait point supporter plus longtemps une existence qui lui était à charge, etc. En vain, je cherchais à la convaincre que ses souffrances étaient moins dues à la présence de sa tumeur qu'à l'état de ses voies urinaires. Mes paroles furent vaines : ses instances se devinrent que plus pressantes.

J'avoue alors qu'une telle ténacité et un tel courage ébranlèrent ma détermination. Toutefois, je ne voulus rien promettre sans avoir l'assentiment d'un confrère.

A quelques jours de là, M. le professeur Gosselin avait la bonté de vouloir bien examiner cette malade. Comme moi, il éloigna d'abord toute idée d'opération; mais cédant aussi au vif désir que cette femme vait d'être débarrassée de sa tumeur, il décida la question affirmativement.

Nous convinmes alors avec la malade que l'opération serait faite non à Paris, mais à Étain (Meuse), et qu'elle passerait dans cette localité une quinzaine de jours avant d'être opérée.

A son arrivée le 5 août, madame T... est prise de maux de reins violents qui lui font soupçonner la présence de nouveaux calculs; mais sans la crainte que ce ne soit là pour moi une contre-indication à l'opération, elle m'en parle à peine.

L'opération fut pratiquée le 22 août, en présence des docteurs Arisot, Japin et Bachelier (d'Étain), Douan (de Dompierre), Lecouxeux (de Saint-Hilaire), Decroc (de Chatillon), Michaux et Marchal de Metz). La malade fut profondément endormie, après quoi, j'in-

cisai, couche par couche, la paroi abdominale au niveau de la ligne blanche, depuis l'ombilic jusqu'à 10 centimètres au-dessus.

Cette incision ne donna lieu à aucune hémorrhagie. Dès que le péritoine fut ouvert, une petite quantité de sérosité transparente s'échappa par la plaie et le kyste apparut immédiatement avec un aspect lisse et gris-bleuâtre. La section de la paroi abdominale étant complète, j'introduisis ma main entre cette paroi et le kyste, dans le but de m'assurer s'il existait des adhérences. Ma main parcourut facilement toute la surface de la tumeur, sans être arrêtée par aucun obstacle. Je constatai en même temps que le kyste était uniformément mou dans toute son étendue, excepté à la partie supérieure et droite, où il me sembla plus dur et bosselé. La main retirée, deux aides, placés l'un à droite, l'autre à gauche de la malade, comprimèrent exactement la paroi abdominale, sur tout le pourtour de l'incision, en ayant soin d'entrebailer celle-ci autant que possible et de favoriser ainsi, en quelque sorte, la hernie d'une portion du kyste. Le trois-quart fut alors plongé dans la tumeur. Celui dont nous nous servîmes est celui de MM. Robert et Colin. On sait que le perfectionnement principal apporté par ces messieurs à cet instrument consiste dans la présence en dehors de la canule de lames tranchantes disposées en spirale et que l'on fait pénétrer par un mouvement de rotation dans l'intérieur du kyste, et dans la présence d'un disque mobile à bord mousse placé au-dessus de la spirale, disque que l'on peut rapprocher à volonté des dernières lames de celle-ci, de telle façon que la paroi du kyste se trouve ainsi tout autour de la plaie faite par le trois-quart, serrée exactement entre deux rondelles métalliques. Le liquide dès lors ne peut plus s'écouler au dehors, en passant entre la canule et les bords de la plaie. Le trois-quart étant fixé et la malade étant placée dans le décubitus latéral, la pointe est retirée de la canule et il s'échappe de celle-ci un liquide légèrement visqueux, opaque, brun-jaunâtre et peu odorant. Au fur et à mesure que le liquide s'écoule, une légère traction est exercée sur le kyste par l'intermédiaire du trois-quart, en même temps que deux aides compriment uniformément et progressivement la paroi abdominale, si bien que la tumeur vient à moi insensiblement, jusqu'à l'instant où le pédicule lui-même se présente à l'extérieur.

Le clamp de M. Mathieu (chaîne d'un écraseur linéaire) est aussitôt placé sur le pédicule, qui possède une épaisseur notable, et celui-ci est coupé au delà du lien constricteur. Je m'assurai alors, après avoir eu soin de laver ma main dans l'eau chaude et préalablement distillée, si les organes génitaux internes ne présentaient pas quelque altération à laquelle on dût s'adresser. L'ovaire gauche, la trompe du

Le côté, l'utérus, me parurent complètement sains. Le cul-de-sac recto-rectal contenait à peine deux cuillerées de sérosité, que deux coups de scalpel enlevèrent facilement. Pendant cette exploration, j'avais eu soin de faire retenir exactement l'intestin dans la partie supérieure de l'incision, par une pression antéro-postérieure exercée sur la partie antérieure de la paroi, au niveau de l'extrémité supérieure de l'inci-

Je me hâtai alors de fermer la plaie. Je fixai d'abord le pédicule à la paroi inférieure de celle-ci, à l'aide d'une longue aiguille terminée en anse et lancée à une de ses extrémités ; cette aiguille traversait en même temps le pédicule et la paroi abdominale des deux côtés de l'incision, à 1 centimètre environ des bords. Quelques anses de fils furent jetées sur de l'aiguille et sous le clamp, comme dans la suture entortillée. Puis, je plaçai cinq sutures métalliques profondes, qui traversaient le péritoine à 1 centimètre des bords. Les deux sutures les plus latérales furent disposées de telle façon qu'elles entouraient à elles seules presque toute la circonférence du pédicule ; trois sutures métalliques superficielles, n'embrassant que les lèvres de l'incision, furent faites entre les sutures profondes, aucun pansement n'est fait à la plaie.

La malade, que l'on avait laissé se réveiller lors de l'application des dernières sutures, est alors enveloppée de flanelle, puis elle est transportée dans son lit et entourée de cruchons d'eau chaude, quoiqu'elle ne paraissant pas avoir subi grande modifica-

Après douze minutes s'étaient écoulées à partir de l'instant où l'incision de la paroi abdominale avait été faite jusqu'à celui où le pédicule avait été sectionné. Le temps de mettre les ligatures demanda treize minutes. L'opération avait duré en tout vingt-cinq minutes.

Deux pilules d'extrait thébaïque de 1 centigramme chacune lui sont données, à prendre à six heures d'intervalle, et comme boisson une infusion de tilleul et de fleurs d'oranger. Le soir, la malade ne se plaint d'aucun malaise, le pouls est à 90, la température est bonne. Pendant la journée, l'urine a été évacuée quatre fois avec la sonde.

3 août. La malade a dormi une partie de la nuit. Vers cinq heures du matin, elle a été prise d'envies d'uriner, qui se sont renouvelées dix-huit fois, à une heure d'intervalle. Elle a satisfait cette envie dix-huit fois sans l'aide du cathétérisme, en faisant placer sous elle une assiette creuse. Chaque fois, elle rendait seulement une petite quantité d'urine. Dans la suite, du reste, le besoin d'uriner revenant fréquemment, la cathétérisme n'a plus été pratiqué.

Le matin, elle s'étonne beaucoup de ne ressentir dans le ventre aucune douleur; le pouls est resté à 90. L'état général est des meilleurs.

Prescription : Quelques cuillerées de bouillon; pour la nuit, deux pilules d'extrait thébaïque de 1 centigramme chaque.

24 août. La malade a peu dormi; ses envies d'uriner la réveillant à chaque instant; elle a souffert, de plus, assez fortement du côté de la vessie. Elle a uriné, tant dans la nuit que dans le jour, quinze fois, ne pouvant se retenir. Le pouls est à 80; le ventre n'est point douloureux; le facies est excellent. La malade est très-gaie.

La portion du pédicule compris dans le clamp est gangrénée; celui-ci est enlevé. La surface gangrénée est touchée avec du perchlorure de fer. Une compresse d'eau est mise sur la plaie et renouvelée chaque deux heures. Dans le jour, bouillon, eau rouge; pour la nuit, deux pilules d'opium de 1 centigramme.

25 août. La nuit s'est bien passée; les douleurs de la vessie ont été moins fortes que celles de la nuit précédente. L'urine de la veille recueillie dans un verre laisse déposer une couche épaisse de pus. Pendant le jour, des douleurs de reins très-violentes se font ressentir; ces douleurs sont presque continues, avec exacerbation de temps à autre. La malade ne s'en effraye nullement; elle m'avertit qu'elles ressemblent exactement à celles qu'elle a eues autrefois, quand une pierre était prête à s'échapper. La pression faite avec la main, sur la paroi abdominale, ne détermine, du reste, aucune souffrance. Les trois sutures superficielles sont enlevées. L'opérée ne prend que quelques cuillerées de vin sucré; le soir, je lui prescris une pilule de 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

26 août. Les douleurs de reins ont persisté pendant la nuit, moins vives cependant, mais assez pour causer une insomnie à peu près complète. Le ventre reste souple, non ballonné, indolore. Le facies est un peu altéré, résultat de la perte de sommeil et des douleurs qu'elle a éprouvées.

Dans la journée, potage au vermicelle, vin. Le soir, deux pilules d'opium de 5 centigrammes.

Le 27 août, la nuit a été bonne; les douleurs rénales ont cessé. Les cinq sutures profondes sont coupées, mais non enlevées. Les fils qui fixent la longue aiguille sont détachés et grand est notre étonnement de trouver alors cette aiguille à nu, au-devant de la surface interne du pédicule, enfoncée d'un centimètre au moins.

La réunion immédiate s'est effectuée dans toute l'étendue de la plaie. L'extrémité interne du pédicule présente seule une surface à vif, que l'on recouvre d'une compresse d'eau froide.

le 30 août. Journées et nuits bonnes. La malade est alimentée en plus. Le pédicule est enfoncé plus profondément que la les fils métalliques des sutures profondes, coupés et laissés en le 27 sont retirés de la paroi abdominale le 30.

le 30 août, douleurs de reins bien vives pendant la nuit. L'urine tement chargée de pus. La veille, la malade, qui n'avait point ore, depuis l'opération, aucune garde-robe, avait pris deux de limonade de Rogé.

le 31 août, dans la journée, trois selles assez abondantes.

le 1^{er} septembre, le pédicule est enfoncé d'un centimètre et demi. Un petit morceau ge sèche est placé dans l'espèce d'infundibulum qui résulte de action de celui-ci et est changée toutes les deux heures.

le 2^e septembre. Douleurs vives en urinant, cuisson dans toute l'éten- l'urèthre. La surface extérieure du pédicule n'est plus visible; masquée par la peau qui entoure les bords de l'excavation et st rapprochée du centre.

le 3^e septembre, la malade se lève deux heures et se promène dans sa chambre es minutes, malgré ma défense.

le 4^e septembre, à partir de cette époque, chaque jour madame T... est restée levée rché un temps de plus en plus long.

le 5^e septembre, elle faisait une promenade assez grande sans qu'il ultât le moindre inconvénient. La surface extérieure du pédicule trisa bientôt. Enfin, les forces de la malade qui avaient un peu é sous l'influence du repos au lit et de la diète, n'ont pas tardé ir. Seulement ses douleurs de reins ne l'ont presque pas jusqu'au 6 octobre, époque où elle rendit trois calculs, moins t'une lentille et composés d'acide urique. Mais sa cystite a per- t actuellement madame T..., de retour à Paris depuis trois se- environ est en traitement pour cette affection.

men anatomique du kyste. — Après l'opération, la tumeur vidée lus grande partie de son contenu, se présentait avec un aspect euâtre. De nombreuses veines rampaient à la surface, les plus neuses avaient le volume d'une forte plume d'oie. La tumeur se se de deux parties principales : l'une celle qui a été ponctionnée née par une poche très-spacieuse, à parois épaisses, assez ré- es. Sa surface externe est longée à droite et sur le côté (en ant la tumeur en place dans l'abdomen), par un long cordon st autre que la trompe droite de la matrice, laquelle ayant e kyste dans son développement a acquis une longueur consi- e. La trompe est reliée au kyste par un repli séreux, et le pa- dont les franges sont encore très-manifestes, est maintenu en

rapport avec lui par une sorte de ligament qui représente évidemment le ligament tubo-ovarien.

L'extrémité externe de la trompe qui a été coupée par le clamp, correspond à une portion du kyste, moins lisse que les autres, bordée de lambeaux membraniformes, lesquels sont les vestiges des liens sereux qui reliaient la tumeur aux ligaments larges. En dedans du point où le pavillon est fixé à la poche, on aperçoit une sorte de plaque de l'étendue d'une pièce de cinq francs environ, se confondant insensiblement avec les parties voisines et composée de mamelons aplatis séparés les uns des autres par des dépressions assez distinctes, disposition qui reproduit jusqu'à un certain point la surface extérieure de l'ovaire chez une femme d'un certain âge.

Sur la face antérieure du kyste, on remarque une série de petites saillies, dures, manifestement fibreuses, ayant un volume qui varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'un grain de chenevis.

C'est à la présence de ces saillies qu'était évidemment due la sensation de crépitation observée chez notre malade avant l'opération, dans la partie extérieure de l'abdomen, car elles seules rendaient irrégulière la face extérieure du kyste; on ne trouvait nulle part trace de fausses membranes.

La face interne du kyste est complètement lisse dans certains endroits; dans d'autres, elle présente un aspect papilliforme; de plus, elle est surmontée çà et là de petits kystes multiloculaires du volume d'une noisette à celui d'une noix. Ces kystes sont au nombre d'une dizaine.

L'autre partie de la tumeur se présente sous forme d'une poche liquide qui surmonte la première. Sa paroi est relativement mince par rapport à la paroi de celle-ci; elle est divisée à l'intérieur par des cloisons incomplètes, et contient, dans l'épaisseur de son enveloppe périphérique, d'autres kystes au nombre de dix à quinze, qui font saillie autant au dehors qu'en dedans, ce qui lui donne un aspect bosselé dans toute son étendue.

La cloison qui sépare cette seconde poche de la première, contient dans son intérieur, une masse fibreuse du volume d'une amande, et creusée d'un nombre considérable de vacuoles.

Le liquide de la grande poche était, comme nous l'avons vu, brun-jaunâtre, d'une viscosité moyenne. Ce liquide contenu dans la partie centrale de la petite poche, était transparent, avait la viscosité de l'albumine; enfin, le liquide contenu dans les petits kystes des parois était transparent et avait la consistance d'une solution de gomme concentrée.

Le poids total du kyste et de son contenu était de vingt livres.

Réflexions. — Dans cette observation, deux points me paraissent d'abord dignes d'attention : l'un relatif à la cause du bruit de frottement perçu sur toute l'étendue de la paroi abdominale, quand on palpe celle-ci ; l'autre relatif à la fixation du pédicule.

Un certain nombre d'auteurs pensent que cette sorte de crépitation perçue par la main qui comprime l'abdomen est un signe d'adhérences existant entre le kyste et la paroi du ventre. J'ai dit dans le courant de l'observation qu'au contraire elle me paraissait un signe d'absence d'adhérences ; et, en effet, si celles-ci existaient, la paroi pourrait point glisser sur le kyste, quand on cherche à la mouvoir : alors, tout bruit de frottement deviendrait impossible. Comme je l'avais prévu, la tumeur était libre ; mais elle était hérissée dans toute sa partie antérieure de saillies dures, fibreuses. Il est bien évident que c'était le glissement de la paroi abdominale contre ces saillies qui était la cause du bruit en question.

Pour ce qui concerne la fixation du pédicule, j'ai pris, comme on a pu le voir, les plus grandes précautions. Le clamp étant placé, j'ai traversé la paroi et le pédicule par une longue aiguille, qui fut maintenue en place par des anses de fils disposées en huit de chiffres, après quoi, j'ai disposé mes sutures profondes de façon à ce qu'elles comprissent circulairement le pédicule avec une certaine force.

Toutes ces précautions, dont quelques-unes peuvent paraître superflues, ne sont cependant pas à regretter ; car, malgré ces moyens, le pédicule s'est rétracté avec une telle force, qu'il s'est coupé sur la tige de l'aiguille, en s'enfonçant à plus d'un centimètre. Or, mon clamp ayant été enlevé au commencement du troisième jour, parce qu'il avait aggrégé les parties qu'il étreignait, je me demande ce qui serait advenu si je n'avais pas cherché à contrebalancer par des moyens multiples les effets de cette rétraction. La disposition de mes sutures profondes a sans doute eu sous ce rapport une certaine influence, car chacune d'elles, en formant un demi-cercle tout autour du pédicule, devait tendre à devenir rectilignes quand on tordait leur bout libre, devaient, par conséquent, embrasser étroitement la circonférence du pédicule.

Mais l'observation que je viens de rapporter me paraît surtout intéressante, en ce qu'elle montre jusqu'à quel point l'ovariotomie peut être innocente, malgré certaines conditions, en apparence des plus favorables. Madame T... avait 54 ans ; or, d'après la statistique de Köberlé, au-dessus de 50 ans, la mortalité est très-considérable : 19 morts sur sept opérés. Ce résultat avait donc tout lieu de

m'effrayer, aussi était-il une des raisons principales pour refuser à ma malade l'opération qu'elle demandait si ardemment. Outre cette circonstance défavorable, il en existait une autre qui n'était pas plus rassurante. Depuis six ans, elle rendait par l'urèthre une certaine quantité de pus, avait de fréquentes envies d'uriner, éprouvait des douleurs plus ou moins vives du côté du col de la vessie; ces symptômes qui, bien certainement, devaient être rapportés à une cystite chronique, ne firent que croître après l'opération. De plus, le hasard voulut que cette femme fût prise pour la sixième fois de coliques néphrétiques peu de temps avant l'opération, coliques qui durèrent pendant tout le temps de sa guérison, et au delà, jusqu'à ce qu'elle eût rendu les calculs qui les provoquaient.

Assurément ces accidents du côté des voies urinaires étaient une complication fâcheuse, bien propre à m'inspirer de vives craintes, surtout quand je vis cette femme se trouver dans la nécessité de contracter vingt fois par jour sa paroi abdominale, avec effort même, pour essayer de rendre quelques gouttes d'urine.

Malgré ces conditions défavorables, les suites de l'opération ont été des plus heureuses; cette femme n'a pas éprouvé la moindre modification dans sa température, dans l'état de sa circulation; son pouls, exploré plusieurs fois par jour, n'a jamais oscillé au delà ni en deçà de 80 à 90 pulsations; fait remarquable, elle n'a pas éprouvé la plus petite douleur qui fût imputable à l'opération. Je me suis quelquefois piqué, disait-elle sept à huit jours après l'opération, je ressentais alors la piqure, on m'a ouvert le ventre et je n'en ai pas conscience. La plaie s'est réunie par première intention, sans qu'aucun pansement ait été fait au début : une compresse d'eau froide ayant été mise sur la plaie seulement au troisième jour. Enfin cette femme a pu se lever et se promener dans sa chambre, dix jours seulement après l'opération.

Sans aucun doute, cet heureux et rare résultat doit être attribué en premier lieu à l'absence de complications inhérentes à l'opération. Nous avions à faire, en effet, à un kyste dont le volume en réalité n'était pas très-considérable, et qui n'avait encore, par sa présence, compromis d'une façon notable aucune fonction, à un kyste exempt de toute adhérence. L'ouverture faite à la paroi abdominale ne fut que peu étendue (10 centimètres). La malade ne perdit pas certes 10 grammes de sang; pas un atôme du liquide visqueux du kyste ne pénétra dans la cavité péritonéale; la tumeur put être retirée hors de l'abdomen par une simple traction exercée avec le trois-quart, sans qu'il fût nécessaire d'introduire dans son intérieur ni la main, ni aucun instru-

et; il n'y a eu aucune toilette du péritoine à faire. L'intestin n'a subi un seul instant le contact de l'air. Enfin, l'opération n'a été que vingt-deux minutes. L'on ne peut évidemment se trouver dans de meilleures conditions pour la réussite de l'ovariotomie.

Il est une autre condition dont nous devons tenir aussi grand compte, c'est celle du milieu dans lequel la malade a été opérée. Grâce à quelques succès obtenus à Paris, je n'ai pas cru devoir tenter cette opération là où les revers sont si nombreux. Aussi, j'ai engagé la malade à se rendre dans une petite ville de Lorraine, où chaque année, à l'époque des vacances, je pratique un certain nombre d'opérations. Les résultats que j'ai obtenus dans cette localité depuis dix ans, pendant un mois environ que j'y passe, ont été pour moi, je dois le dire, un puissant encouragement pour oser entreprendre cette opération si j'en parle ici, c'est uniquement afin qu'ils me servent d'excuse aux yeux de ceux qui m'accuseraient de hardiesse ou de témérité dans la circonstance présente. J'estime à une centaine le nombre des opérations pratiquées dans ma petite ville. Parmi ces opérations, je compte l'ablation d'un kyste prolifère de la face, deux staphylophies, deux arthrectomies, trois ablations de lipômes énormes, quatre amputations de sein pour une tumeur adénoïde et pour trois cancers; une uréthrotomie, une castration pour un sarcocèle cancéreux, une amputation de cuisse pour une tumeur blanche fongueuse du genou, une amputation d'avant-bras pour un cas de traumatisme, l'extirpation d'une tumeur charnue de la main, d'une tumeur épithéliale du mollet; d'une tumeur épithéliale des lèvres avec cheiloplastie, la guérison de deux tumeurs cutanées sur un même enfant de trois mois: l'une traitée par le perchlorure de fer et l'autre par la vaccination; une opération de fistule anale avec vastes décollements.

En tout, sur une centaine d'opérations, vingt-quatre au moins qui, dans les hôpitaux de Paris, peuvent être suivies de mort ou d'accidents graves. Or, dans ces vingt-quatre cas, à plus forte raison dans les autres, tels que opérations d'hydrocèle, ablations de loupes, réductions de luxations récentes ou anciennes, etc., presque toujours innocentes en tout lieu, non-seulement, je n'ai pas eu une seule mort à pleurer, mais à peine si je compte deux accidents légers, une pharyngite à la suite d'une staphylophie, un érysipèle peu intense à la suite d'une résection de la mâchoire inférieure.

On comprendra donc qu'en face de ces résultats, il m'était permis d'espérer que l'influence du milieu salubre dans lequel ma malade avait été opérée, contrebalancerait avantageusement les conditions mécaniques, défavorables, que celle-ci présentait.

PRÉSENTATION D'APPAREILS PROTHÉTIQUES.

M. TILLAUX présente à la Société des appareils prothétiques pour le membre supérieur au nom de M. Gripouillot, médecin à Montlouis (Indre-et-Loire), et fait à ce sujet la communication suivante :

Les appareils prothétiques du membre supérieur sont destinés à remplir deux buts bien différents. Il s'agit tantôt, en effet, de permettre à l'amputé de saisir des objets ne pesant pas plus de 1 à 2 kilogrammes au maximum; on peut appeler ces appareils *appareils de préhension*. Un immense progrès a été, suivant moi, réalisé sous ce rapport par M. de Beaufort, dont vous connaissez tous l'ingénieux bras artificiel. Le système d'opposition du pouce avec les autres doigts est de nature à permettre la préhension des objets les plus délicats. Mais s'il s'agit de soulever un lourd fardeau, de manœuvrer un instrument aratoire, d'autres appareils sont nécessaires, ce sont les *appareils de force*. Ce sont des appareils de ce genre que je vous présente au nom de M. Gripouillot. — Est-ce à dire que l'idée soit neuve, que le principe appliqué soit nouveau? Non, messieurs; depuis bien longtemps on emploie le crochet et la douille adaptés au bout du brassard, et vous pouvez vérifier sur des appareils que j'ai pris au hasard dans la maison Robert et Colin la vérité de cette assertion. Toutefois les appareils de M. Gripouillot diffèrent sur certains points de ceux qu'on a fabriqués avant lui. Ils ont d'abord le mérite de coûter un prix moins élevé.

Un autre avantage, et c'est le principal à mon avis, consiste dans le mode d'adaptation du crochet au brassard. Dans les appareils ordinaires, ce crochet se visse, et par conséquent reste immobile dans sa position, là au contraire, par un mécanisme des plus simples, le crochet peut être mobilisé et fixé dans quelque position que désire le travailleur.

De plus, M. Gripouillot a eu l'heureuse idée de réunir en une seule pièce le crochet double et la douille.

M. Gripouillot a essayé nombre de fois ses appareils sur des amputés du bras ou de l'avant-bras et n'a eu qu'à s'en louer. Vous voyez sur une série de photographies que l'auteur a jointes à son envoi les différentes positions du travailleur.

En résumé, messieurs, je considère que M. Gripouillot a accompli un progrès important dans les appareils prothétiques, dits *de force*, du membre supérieur.

PRÉSENTATIONS DE PIÈCES.

Hydatides rendus par l'urèthre, venant du rein gauche.

DEMARQUAY présente une grande quantité d'hydatides rendus par un homme de 29 ans. Cet homme raconte qu'il y a deux ans, à la suite de douleurs assez vives dans la région rénale gauche, il a rendu un certain nombre d'hydatides. L'année dernière, il dit qu'après avoir souffert pendant un mois dans la même région, il rendit encore un grand nombre d'hydatides. Cette année, à la même époque, il devint souffrant, sa santé s'altéra profondément, et, après trois mois de repos, il a encore rendu, à plusieurs reprises, une grande quantité d'hydatides. La vessie s'est enflammée et les urines actuellement contiennent une certaine quantité de pus. Maintenant cet homme, dit Demarquay, est aussi bien que possible, quoique amaigri; il continue encore dans la région du rein gauche un point douloureux. Il est important de suivre ce malade. Les hydatides, dit M. Demarquay, ont été observées par plusieurs chirurgiens; on en trouve des observations dans Chopart, dans Roger. M. Davaine a résumé ces observations dans son ouvrage sur les entozoaires.

Tumeur adénoloïde du sein.

LÉON LEFORT montre à la Société une tumeur du sein enlevée il y a quelques jours à une femme de 39 ans. La tumeur a débuté quatre années auparavant et avait pris surtout du développement depuis deux ans. Son ablation ne présenta pas de notables difficultés. Son poids est de 2 kilogrammes 870 grammes. La tumeur prise par le centre se montre divisée en plusieurs lobes, au milieu desquels se remarquent des kystes de volume divers. L'examen microscopique vérifie le diagnostic porté; on découvre des canaux de saccules notablement hypertrophiés, mais aucun des éléments que l'on rencontre dans les tumeurs de mauvaise nature.

DEMARQUAY. J'ai enlevé autrefois une tumeur à peu près aussi volumineuse que celle-là. L'observation a été publiée dans la *Gazette médicale*.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, D' LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine.

— *Rendiconto della clinica chirurgica di Napoli*, par le professeur Carlo Galozzi.

— *Observations pour servir à l'histoire des corps étrangers des voies aériennes*, par M. Bourdillat, interne des hôpitaux.

— M. Giralès offre à la Société le quatrième fascicule de ses *leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants*. La Société remercie l'auteur.

— M. Ladureau adresse un travail intitulé :

Quelques mots sur l'hygroma prérotulien et ses rapports avec d'autres lésions traumatiques du genou.

Hématocèle prérotulienne avec écrasement de la partie inférieure de la rotule, simulant un hygroma.

Fracture transversale de la rotule avec plaie pénétrante de l'articulation, mettant complètement à découvert les surfaces articulaires. Amputation de la cuisse. Guérison.

Ce travail est renvoyé à l'examen de M. Labbé, rapporteur des précédents envois de M. Ladureau.

— M. Sirius-Pirondi, de Marseille, adresse à la Société l'observation d'un *kyste multiloculaire du sein*.

COMMUNICATION.

M. VON GRAEFE, membre associé étranger, soumet à la Société :

1° Un dessin qui représente une irrégularité congéniale du cristallin, si l'on veut, une espèce de coloboma. Il n'y a pas de luxation du cristallin, qui d'ailleurs est parfaitement transparent, mais il s'agit exclusivement d'une échancrure au bord inférieur, laquelle donne à la lentille une forme semblable à un rein.

2° Un dessin qui représente le cas fort exceptionnel, où, après une

ure de la cornée, un cil dégagé du bord palpébral s'est enfoncé le parenchyme de la corpée et a été retenu dans la profondeur membrane, tout couvert d'un épithélium et d'une couche corne de nouvelle formation.

Un dessin qui se rapporte à une blessure de l'œil par un grain de b. Le grain de plomb était entré près du bord extérieur de la e, avait traversé l'œil dans la direction de l'axe du nerf optique, tjustement enfoncé dans la papille optique et avait pris son choe long du nerf, dans l'épaisseur duquel il s'était enfin arrêté à listance de huit millimètres environ derrière la sclérotique. On oit au niveau de ce point un gonflement variqueux du nerf causé r corps étranger. La gaine extérieure du nerf avait été distendue ellement, mais ne montrait aucune rupture. Le malade avait nté une espèce très-particulière de phénomènes optiques subjectifs. Un dessin qui montre un kyste séreux dans la chambre anté- a. Ce kyste s'était formé quatre années après une blessure per- te, qui, d'ailleurs, n'avait déterminé aucun accident spécial. fois, le kyste avait pris naissance exactement à la place de la ice. Le cas était surtout curieux par la circonstance que le kyste t développé progressivement pendant trois mois et avait déjà é la proposition d'une opération, lorsqu'il commença à diminuer lume et disparut par une rétrogradation continue dans le cou- l'à peu près six mois.

Un cas de « *melanosis præcornealis pendula* » ou « polype mé- x de l'œil ». Il s'agit d'une forme de la mélanose extérieure de très-curieuse par sa physionomie. Tout en couvrant la cornée, l'offre aucune adhérence avec la surface de celle-ci; elle prend acines exclusivement au niveau d'une petite tache pigmentée istante sur le blanc de l'œil. Le pigment dans ces taches réside la conjonctive, et existe seulement dans les couches profondes pithélium; le stroma conjonctival était libre. Les polypes mé- x ont la texture alvéolaire des vrais cancers et en partagent la ne clinique. Ils sont fort intéressants pour la doctrine des tumeurs qu'on trouve disséminés dans leur voisinage de petits points tres, qui représentent les premières phases de la maladie, et l'analyse prête beaucoup aux études pathogénétiques.

Une forme de glaucôme chronique ayant son point de départ sur née. M. Von Graëfe expose en peu de mots sa manière de voir r glaucôme chronique: la maladie, tout en étant généralement une pression trop forte des liquides intra-oculaires, qui amène vation de la papille, peut avoir des points de départ très-diffé-

rents. Il n'y a presque pas de partie de l'œil qui ne puisse devenir la cause d'une irritation des nerfs sécréteurs et amener ainsi l'exagération de la pression intra-oculaire.

La forme dont il s'agit ici a une marche excessivement lente. Il se forme sur la cornée des opacités transversales d'un mat tout à fait particulier. Ce dessin les montre dans la période de début et de développement, et l'on a, pendant un temps assez étendu, uniquement devant soi une maladie de la cornée, qui explique aussi tous les désordres fonctionnels, etc.

Plus tard, cependant, avec une régularité qui paraît sans exception, les yeux deviennent durs et les symptômes d'un glaucôme consécutif se développent lentement.

M. CHASSAIGNAC. Le kyste de la chambre antérieure était-il entre la membrane de Descemet et la cornée elle-même? Lorsque la résolution du kyste a eu lieu, y a-t-il eu effusion du contenu du kyste dans le liquide de la chambre antérieure?

M. VON GRAEFE. Le kyste était situé entre la membrane de Descemet et la cornée.

Le liquide du kyste ne s'est pas mélangé dans celui de la chambre antérieure.

M. DEMARQUAY. A propos de la mélanose de l'œil, je demanderai à M. Von Graëfe s'il a eu occasion d'observer des cas analogues à celui que je vais faire connaître.

Un jeune homme se présente à moi, il y a quelques années, avec une petite tumeur mélanique occupant un point de la circonférence de la cornée et grosse comme une lentille. La tumeur fut enlevée; quelques mois après, une tumeur analogue se reproduisit, à plusieurs reprises, et fut toujours enlevée avec soin. Mais bientôt les ganglions parotidiens se prirent, des tumeurs mélaniques apparurent. J'enlevai encore ces tumeurs. Mon malade fut bien encore pendant quelque temps, mais bientôt il survint des accidents cérébraux et le malade mourut.

M. VON GRAEFE. Il est assez rare d'observer des rechutes dans les ganglions lorsqu'il s'agit de tumeur mélaniques de l'œil.

M. MARJOLIN. J'ai observé en 1846 un exemple bien net de généralisation chez un malade qui avait été opéré plusieurs fois par un oculiste pour une tumeur mélanique de la conjonctive.

DISCUSSION.

Coxalgie. Résection de la hanche.

À propos du procès-verbal, M. Verneuil demande la parole sur ce sujet.

M. VERNEUIL. Je vais laisser de côté les luxations complètes qui surviennent après des hydarthroses aiguës ou après des désordres très-considérables de l'articulation. Je ne veux parler ici que de ces subluxations que l'on peut observer dans toutes les articulations.

J'avais dit ceci : « Je croyais, pendant un certain temps, que lorsqu'on plaçait les membres dans la rectitude et le parallélisme, on les mettait à l'abri de la luxation. »

Les pièces des musées sur lesquelles on constate un véritable écoulement de la cavité cotyloïde ont presque toujours été recueillies sur des sujets dont le membre était dans une attitude vicieuse.

Lorsque l'on place une articulation dans l'extension complète, on ne peut pas croire, *a priori*, que la tête est dans l'impossibilité de se luxer.

Mais j'ai vu des enfants qui, au moment de l'application de la machine, après le redressement, paraissaient guéris. Les membres étaient alors parallèles, et cependant, au bout de quelque temps, on constatait un raccourcissement considérable, qui n'était dû ni à la déformation du bassin, ni à l'attitude vicieuse du bassin, ni à l'atrophie du membre, mais bien évidemment à l'ascension de celui-ci, ce que démontrait très-nettement l'ascension du grand trochanter.

J'ai vu aussi un grand nombre d'enfants qui sont guéris et qui ont obtenu un raccourcissement sans avoir jamais eu d'abcès. Il y a eu évidemment destruction d'une partie de la cavité.

Si, malgré que l'on ait obéi aux indications posées par Bonnet, la luxation peut encore se produire, il faut en conclure que l'on n'a pas encore fait tout ce que l'on pouvait faire. Il doit exister un agent efficace contre lequel on n'a pas suffisamment agi; cet agent réside dans les muscles fessiers qui sont plus ou moins enflammés dans toutes les coxalgies. Ces muscles agissent lentement, attirent le fémur en haut et déterminent l'écoulement de la cavité cotyloïde. De tout ceci, il faut conclure que l'on doit non-seulement redresser le membre, mais de plus avoir recours à l'extension continue, ainsi qu'on peut la faire avec les appareils américains présentés par M. Le Fort.

Je pense qu'il faudrait revenir à la pratique de Bonnet, qui recouvrait le pied en entier. Dans les cas récents, on devra prendre le pied dans

l'appareil ; l'ascension du fémur, sous l'influence des muscles fessiers, est empêchée, le dos du pied venant arc-bouter contre l'appareil dextriné.

Les guérisons complètes sont rares, cependant elles peuvent être observées. J'ai gardé le souvenir d'une malade que j'avais traitée à l'Hôtel-Dieu, avec M. Panas. Elle revint me voir à Lariboisière ; elle était complètement guérie ; tous les mouvements étaient rétablis.

On voit un certain nombre de guérisons accompagnées de raccourcissement. Les causes de raccourcissement sont multiples : 1° le membre est redressé, mais le bassin est toujours plus élevé, sans que l'on puisse se rendre bien compte de la raison à laquelle est due cette situation ; 2° le raccourcissement est dû à la persistance d'une attitude vicieuse ; 3° à l'atrophie du membre ; 4° à la subluxation.

On a peine à remédier au raccourcissement par l'atrophie.

Quant au raccourcissement par ascension du bassin, je ne connais pas de moyens qui permettent de lutter contre lui. On a bien proposé des appareils destinés à faire basculer le bassin d'une façon permanente, mais ils sont tous mauvais.

Quant au raccourcissement dû aux attitudes vicieuses, il est quelquefois possible d'y remédier à l'aide du redressement, quand les phénomènes aigus sont calmés.

Enfin, je tenais à signaler le raccourcissement portant seulement sur la longueur du pied. On peut, en effet, observer une espèce d'arrêt de développement du pied et un raccourcissement de celui-ci.

M. BROCA. J'ai eu occasion de constater le raccourcissement du pied, le jour même où les premiers phénomènes notables de la coxalgie s'étaient montrés. De ce fait, comme de plusieurs autres, il est résulté pour moi la conviction que la coxalgie se montre souvent sur des membres mal développés, déjà malades, atrophiés, et par conséquent disposés à subir l'influence de la maladie.

J'ai vu hier une jeune fille de dix-huit ans que je soigne depuis deux ans. Il y a deux ans, il existait un affaiblissement du membre, mais l'on ne pouvait rien constater au niveau de l'articulation. Le membre droit était plus froid, un peu bouffi, beaucoup plus faible. Il n'y avait pas de raccourcissement par déformation des os en longueur, donc pas de claudication.

Ces phénomènes ont duré deux ans, et c'est seulement il y a quelques semaines qu'un médecin qui examinait la malade crut développer de la douleur au niveau de la tête du fémur. Hier, j'ai vu cette jeune fille et j'ai constaté qu'il existait de la douleur dans l'articulation

o-fémorale, un certain degré de relâchement de la capsule qui mettait de faire saillir la tête un peu plus facilement. J'assiste le plus souvent à un début de coxalgie.

En résumé, je pense que la coxalgie a plus de prise sur les membres constitués que sur ceux qui se trouvent dans les conditions opposées.

F. LARREY. L'observation générale que vient de faire M. Broca a été vérifiée plusieurs fois par moi, à un autre point de vue. La coxalgie est assez fréquente dans l'armée, et j'ai pu constater qu'elle se développait de préférence chez les sujets un peu faibles, lymphatiques exposés aux fatigues des marches forcées, etc., et particulièrement chez ceux qui, n'éprouvant que les douleurs initiales de la coxalgie, n'ont pas réclamé à temps les soins nécessaires ou ont été considérés comme simulant cette affection.

Le raccourcissement très-considérable peut être dû à la perforation du fond de la cavité cotyloïde. Mon père avait appelé l'attention sur ce point, ainsi que sur l'évasion de la cavité.

L. VERNEUIL. J'admets ces faits, bien entendu ; mais, dans la discussion, j'ai laissé de côté les désorganisations complètes de l'articulation.

F. MARJOLIN. Le fait de la prédisposition à la coxalgie des sujets qui ont un membre dans des conditions mauvaises de développement a été démontré.

Je n'ai rien vu, jusqu'à présent, qui prouve que la coxalgie se manifeste avec une certaine prédisposition sur des membres qui ont souffert depuis longtemps ou qui sont mal conformés.

Ce fait qui vient d'être raconté par M. Broca est très-intéressant au point de vue de l'arrêt de développement du pied. Sous ce rapport, il mérite toute notre attention.

L. BLON. M. Verneuil nous a dit qu'autrefois il n'accordait pas une grande valeur à l'extension continue, mais qu'aujourd'hui il serait disposé à lui en accorder davantage. Je ne crois pas, pour moi-même, que la pression de la tête du fémur sur la cavité cotyloïde ait aussi considérable et aussi importante que paraît le croire notre collègue.

Je reviens à la question de la prédisposition à la coxalgie par suite de l'arthro-ostéoplasie, du manque de développement des membres. Eh bien ! à ce point de vue, je dirai que j'ai eu occasion d'examiner un très-grand nombre de femmes qui avaient eu des convulsions pendant leur enfance ou qui avaient un des membres plus court et atrophié ; chez elles, je n'ai jamais observé de coxalgie.

M. GIBALDÈS. La question du raccourcissement ou de la différence de longueur des membres chez les femmes n'est pas nouvelle. Camper l'a traitée dans une thèse soutenue à Gronningen. Il a été constaté que chez les femmes il y a des différences de longueur qui peuvent aller jusqu'à deux et trois pouces.

Relativement à l'influence de la paralysie atrophique sur le développement de la coxalgie, j'y crois peu. Je ne veux pas dire que le fait annoncé par M. Broca ne puisse être observé, mais je n'ai jamais rien vu de semblable pour mon compte. Pour soutenir que la coxalgie se développe plus facilement sur les membres atrophés, il faudrait avoir à sa disposition un grand nombre d'observations probantes.

Les appareils américains dont on nous a parlé n'ont aucune valeur, et aujourd'hui les chirurgiens américains eux-mêmes les abandonnent et ont recours à la gouttière de Bonnet.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. LÉON LE FORT présente un malade qui offre une affection assez rare. Au pli du bras existe une tumeur pulsatile, douée de mouvements d'expansion très-marqués, placée sur le trajet de l'artère humérale et présentant tous les caractères d'un anévrisme artériel, sauf toutefois le bruit de souffle dont on constate l'absence. Cependant, en poussant plus loin l'examen, on voit qu'il s'agit d'une dilatation de l'artère humérale débutant au haut du bras et se prolongeant jusqu'au pli du coude et atteignant son *sumum* au pli du coude.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, D^r LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le président annonce que M. Coste, membre correspondant à Marseille, assiste à la séance.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : — la *Gazette médicale de Stras-*

g ; le *Bulletin de thérapeutique* ; les *Archives générales de médecine*.
Le *Bulletin de la Société de médecine de Paris*, année 1867.

M. LARREY fait don à la Société des *Œuvres de maître François lemin, chirurgien ordinaire du Roy*. In-folio. Paris, 1658.

M. le docteur Rouge, chirurgien cantonal de Lausanne, adresse demande de candidature au titre de membre correspondant pour un travail sur un cas d'*anévrisme de la carotide primitive guéri par la compression* et un exposé de ses titres. Renvoyé à commission composée de MM. Després, Saint-Germain, Paulet.

De la division complète des os longs par les instruments tranchants, M. le docteur Louis Thomas (de Tours). Comm. MM. Guyon, et, Després.

Ostéite et nécrose consécutive du calcanéum. Extirpation sous-cutée de l'os. Guérison. Par le docteur Lejeal (de Valenciennes). m. MM. Tillaux, Saint-Germain, Le Fort.

Fracture et luxation de la septième vertèbre dorsale, avec fracture de l'apophyse épineuse. Mort au bout de cinquante-quatre jours. Par M. J. Bastex, médecin major à l'hôpital de Tlemcen. Comm. MM. Panas, Guéniot.

M. VERNEUIL présente, de la part de M. le docteur Fredet, de Mont-Ferrand, un travail intitulé : *Quelques considérations sur les fractures traumatiques du larynx et leur traitement*.

Fredet, dit M. Verneuil, ayant observé un cas de triple fracture articulaire cricoïde, produite par la pression des doigts et terminée par la mort subite à l'occasion d'un mouvement brusque, a réuni un grand nombre de faits de fractures du larynx et a composé un mémoire fort intéressant sur ce sujet peu connu.

La pièce recueillie par M. Fredet est montrée à la Société par M. Verneuil.

DEMARQUAY Il y a quelques années, j'ai eu l'occasion d'observer un homme qui avait été étranglé avec une corde. Le larynx avait été comprimé, et le malade guérit ; mais il avait conservé une grande gêne dans la respiration. Plus tard, il fut pris de suffocations, et il vint à mourir. Je lui pratiquai la trachéotomie ; il dut conserver la canule, et ne tarda pas à succomber par suite du développement d'une laryngite chronique.

DISCUSSION.

Coxalgie. Résection de la hanche (Suite).

M. MARJOLIN. Bien qu'à plusieurs reprises la Société de chirurgie se soit occupée de la coxalgie, nous devons être très-heureux de voir aujourd'hui M. Verneuil aborder de nouveau un des points les plus difficiles de la question, celui de l'opportunité de la résection coxo-fémorale; et pour ma part, je lui serai très-reconnaissant, si dans le cours de cette discussion on arrive à préciser nettement les indications et contre-indications d'une opération véritablement utile dans un certain nombre de cas.

Pourquoi est-elle si rarement pratiquée en France, alors qu'elle est si répandue à l'étranger? Telle est la première question posée par M. Gosselin dans son rapport sur l'intéressant mémoire de M. Le Fort, et c'est aussi la réflexion que ne manqueront pas de faire toutes les personnes appelées à lire les divers travaux publiés sur ce sujet. Certes, ce n'est pas la crainte d'aborder une opération d'une exécution peu difficile qui a pu arrêter les chirurgiens français, il a fallu des raisons plus sérieuses, des raisons tirées de la pratique, et bien que M. Gosselin les ait en partie parfaitement exposées, je demande à revenir un peu sur ce point de la question.

Quelque fréquente que soit la coxalgie dans l'enfance, on la rencontre bien moins souvent dans la classe aisée que dans la classe pauvre, et à moins qu'elle ne dépende d'un principe héréditaire essentiellement scrofuleux, il est bien rare que, dans le premier cas, elle se termine d'une manière fâcheuse, parce que, dès le début, l'affection est combattue par un traitement préventif. Aussi peut-on dire d'une manière générale que presque toujours ces malades échappent aux accidents qui nécessiteraient une opération.

Dans la pratique hospitalière, les faits ne se présentent plus de la même manière; trop souvent lorsque les malades nous arrivent, il y a fort longtemps que l'affection s'est déclarée, trop souvent encore elle n'a pas été régulièrement soignée; de plus, comme entre la date d'inscription et la date d'entrée, le plus habituellement il s'écoule une période de plusieurs mois, pendant ce temps, le mal a fait de tels progrès que nous devons nous regarder comme très-heureux lorsqu'ils ne sont pas voués à une mort certaine.

A ce moment, l'opération nous offrirait-elle encore quelques chances de succès, eh bien, je n'hésite pas à le dire, dans un certain nombre

as, il serait déjà trop tard, parce que les malades sont dans un état d'épuisement qu'ils ne pourraient s'en relever, restant surtout exposés à tous les dangers d'une suppuration prolongée dans des salles ne présentent pas toutes les conditions d'hygiène désirables; sur tout, je crois que nous sommes tous d'accord et qu'il est inutile insister.

Ceci fait est tellement vrai, que si l'on veut comparer entre eux les états définitifs des arthrites suppurées des membres supérieurs et celles des membres inférieurs, on verra qu'à égalité de lésion, il est bien rare que l'on soit obligé de recourir aux amputations pour tumeurs blanches des premiers, tandis que trop souvent on y est contraint pour les arthrites des membres pelviens.

Où vient cette différence, c'est que, dans le dernier cas, les malades obligés de rester toujours dans les salles, tandis que, dans le second, tout en suivant un traitement général et local, ils jouissent de la possibilité d'aller au grand air, ils peuvent faire de l'exercice et de la sorte leur santé s'altère moins.

Il y a deux ans, j'en ai eu un exemple frappant sur une jeune fille venue dans mon service pour une arthrite suppurée d'un poignet et du coude. Cette enfant était dans un état désespéré et dans l'immobilité la plus absolue de se servir de ses deux bras. Ne pouvant même penser à une double amputation, j'insistai sur tous les moyens thérapeutiques usités en pareil cas; et sitôt que je vis l'amélioration en bonne voie, je fis partir l'enfant pour Berck; elle y est restée dix-huit mois; au bout de ce temps, elle est revenue parfaitement guérie, se servant très-adroitement de ses deux mains. Si des cas bien moins graves avaient eu lieu à la hanche, il est bien sûr que nous eussions eu un résultat aussi satisfaisant; parce que nous eût été impossible de placer la malade dans des conditions hygiéniques aussi favorables.

Il n'est pas que dans quelques coxalgies suppurées les malades ne puissent prendre de l'exercice; mais c'est une exception, et le plus généralement comme le repos est indispensable, on tourne forcément un cercle vicieux.

A présent, si nous envisageons la question à un autre point de vue, nous voyons que les contre-indications à la résection coxo-fémorale sont bien plus nombreuses et surtout bien plus précises que les indications, qui dans l'état actuel de la science sont loin d'être nettement posées. Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de toute autre opération, dont l'examen plus facile permet de mieux apprécier

Les contre-indications tiennent tantôt à la cause, tantôt à l'état de simplicité ou de complication de l'affection, et en dernier lieu à la difficulté ou pour mieux dire à l'impossibilité de connaître toute l'étendue de la lésion.

Ainsi il est évident qu'il existe au point de vue du pronostic une grande différence entre une coxite aiguë traumatique, survenue chez un sujet fort et pouvant se terminer d'une manière favorable par la séparation spontanée ou provoquée d'un séquestre, et une carie scrofuleuse compliquée d'abcès ossifluents et de suppuration des parties molles environnantes.

Malgré toute la gravité d'une ostéo-périostite, il me semble qu'il y a encore plus de chances de réussite pour le chirurgien que lorsqu'il a affaire à un individu constamment menacé d'une nouvelle manifestation scrofuleuse, et dont tous les frères et sœurs ont succombé à des affections analogues.

C'est très-probablement parce que j'ai rencontré un cas de véritable ostéite épiphysaire que j'ai eu un succès complet en pratiquant l'extraction de la tête du fémur. Chez cette enfant, il y avait eu des accidents très-graves : la suppuration avait été très-abondante, et pendant longtemps j'avais craint une triste terminaison, lorsque sous l'influence de soins continués avec persévérance l'état général et local s'améliora. Un jour, en examinant un trajet fistuleux qui persistait, je sentis nettement que la tête du fémur était mobile; je débridai sur ce point, et l'extraction de la tête s'opéra sans difficulté. La plaie se cicatrisa rapidement et l'enfant guérit, à la vérité avec un raccourcissement assez grand, mais conservant presque toute l'intégrité de ses mouvements.

Chez un autre enfant, au contraire, que quelques-uns de vous ont pu examiner à Berck, si la résection de la tête et du col n'a pas eu un résultat aussi satisfaisant, c'est que la constitution du malade laissait beaucoup à désirer, et que du côté de ses parents les antécédents étaient mauvais.

Il y a maintenant peut-être trois ans qu'il a été opéré, et non-seulement il existe encore plusieurs trajets fistuleux, mais une communication s'est établie entre le foyer principal.

Cette considération de l'hérédité de la scrofule dans les familles sera toujours pour nous une cause d'hésitation pour opérer, et vous comprendrez encore mieux notre conduite en pareil cas lorsque vous saurez que très-souvent nous avons en même temps dans nos salles le frère et la sœur atteints d'affections scrofuleuses du tissu osseux. En pareil cas, je crois qu'il est d'autant plus sage de s'en tenir à une

peutique médicale, aidée de tous les moyens locaux que la chirurgie possède, que de recourir à une opération grave qui ne met pas brièvement de la récidive sur un autre point. Malheureusement, nous n'avons vu depuis notre pratique à Sainte-Eugénie trop de faits de ce genre pour ne pas les signaler.

Je viens de vous parler des contre-indications dépendant de causes locales, il en est d'une autre espèce que je ne puis passer sous silence : c'est l'état simple ou complexe de la lésion. Par état simple, j'entends qu'il faut comprendre toute altération des os, bornée à la tête du fémur ou à la cavité cotyloïde sans pénétration dans le bassin. Au premier abord, on est tenté de croire que, toutes les fois qu'il y a eu une coxalgie suppurée, la tête du fémur et la cavité cotyloïde sont les deux altérées, cela est le plus habituel, sans être constant. Il est pourtant bien intéressant de savoir à l'avance où siège l'altération de l'os et si la cavité cotyloïde est intacte; car cela importe pour le pronostic et peut-être aussi pour la décision à prendre. Si l'absence de trajets fistuleux au pli de l'aîne est comme le pensent MM. Ericksen et Fort un indice de l'intégrité de la cavité cotyloïde, ce serait un indice précieux; malheureusement tous les faits ne confirment pas cette opinion et à l'appui de ce que j'avance, je citerai deux cas observés récemment dans mon service, dans lesquels il n'existait aucune communication fistuleuse au pli de l'aîne et cependant les deux cavités cotyloïdes étaient non-seulement détruites par la carie, mais perforées.

Il y a dix mois environ avant la mort de l'un de ces enfants, âgé de dix ans et demi, j'avais demandé à la famille, qui me l'avait refusée, l'autorisation de pratiquer la résection. A cette époque, je pensais qu'il y avait d'autant plus de chances de succès, qu'au début l'affection avait eu une marche rapide. A l'autopsie, outre les lésions mentionnées plus haut, je trouvai un seul tubercule à la partie moyenne du lobe inférieur du poumon droit, et une hypertrophie graisseuse du

foie. On peut-être m'objectera-t-on que si j'avais pu pratiquer la résection au moment où j'en avais demandé l'autorisation, l'enfant eût été guéri, c'est possible; mais qui pourrait aussi m'assurer qu'à ce moment même la cavité cotyloïde n'était pas perforée?

Jusqu'à présent, je n'ai parlé que des cas simples; mais il me reste à dire quelques mots des cas compliqués, c'est-à-dire de ceux dans lesquels la carie a envahi des surfaces osseuses voisines, comme les os iliaques sacrés et l'articulation sacro-iliaque. Malheureusement ces cas se présentent assez souvent, et il est bien difficile de les pressentir.

Enfin, il est une autre complication, qui peut survenir au moment le plus imprévu, et c'est par ce fait que je termine.

Il y a quelques mois, on amena dans mon service un jeune garçon présentant tous les signes d'une coxalgie du côté droit; il y avait très-peu de temps que l'affection s'était manifestée à la suite d'une chute.

Sous l'influence du repos et des bains, l'amélioration se manifesta promptement, et lors de son départ en convalescence pour Laroche-Guyon, toute trace de claudication avait disparu.

Ramené au bout de quelques mois, la claudication existait de nouveau, avec un abcès en voie de formation au niveau du grand trochanter droit. Plus tard, la collection purulente ayant été largement ouverte, je pratiquai l'extraction de plusieurs séquestres provenant du col; à dater de ce jour, la santé devint meilleure, et je croyais que ce petit malade allait guérir, lorsqu'un nouvel abcès, très-volumineux, symptomatique d'une coxalgie, se manifesta du côté opposé. Cette nouvelle complication acheva d'épuiser l'enfant, qui succomba au bout d'un temps assez long. Cette fois encore, bien qu'il n'y eût aucune ouverture fistuleuse au pli de l'aîne, les deux têtes du fémur et les deux cavités cotyloïdes étaient en grande partie détruites par la carie et la surface interne du bassin également altérée; les poumons étaient parfaitement sains, et le foie avait subi la dégénérescence graisseuse.

En présence de faits semblables, bien que très-porté à accepter la résection coxo-fémorale comme une précieuse ressource, je crois qu'elle n'est applicable que dans un nombre de cas très-limités et que, dans l'état actuel de la science, nous sommes bien loin de posséder tous les signes qui indiquent son application.

M. DEMARQUAY. Je veux parler dans le même sens que M. Marjolin. Depuis dix ans, je cherche l'occasion de pratiquer la résection de la tête du fémur, et je ne l'ai pas encore rencontrée. J'ai toujours reculé devant cette opération, parce que les enfants que j'observais étaient scrofuleux ou n'appartenaient pas à des familles bien saines.

Je crois que le traumatisme de la résection, sur un enfant scrofuleux, épuisé, doit amener sûrement la mort.

Dernièrement, je voulais, chez un enfant, pratiquer la résection de la hanche; j'ai temporisé, et dans l'intervalle, il est survenu une méningite tuberculeuse, qui a emporté le malade.

J'ai vu ce que les Anglais font en fait de résection de la hanche, et je ne suis pas revenu convaincu par leurs résultats. Avec la gouttière Bonnet on obtient des améliorations très-grandes.

lativement à la remarque de M. Broca sur l'arrêt de développement du pied, je dirai que j'ai observé des faits analogues, mais je les ai interprétés d'une manière différente. Je crois que la coxalgie est une maladie essentiellement chronique, et que au moment où le raccourcissement est observé, l'affection remonte déjà à un temps très-ancienné.

Verneuil nous a dit qu'il avait eu occasion de voir des individus complètement guéris de la coxalgie; je dois déclarer ici que je n'ai pas été aussi heureux que notre collègue. A la suite d'une coxalgie, je n'ai jamais vu reparaître l'intégrité fonctionnelle complète du membre, n'ai jamais vu celui-ci présenter son volume normal.

Dans la coxalgie, il est tellement difficile ou même impossible de faire exécuter les mouvements, que j'ai complètement abandonné toute tentative faite dans cette direction, craignant, ce qui arrive souvent, les complications les plus graves.

LE FORT. Je veux seulement répondre un mot à M. Marjolin. Il me revient à M. Bricksen et à moi une idée que nous n'avons pas émise. Je n'ai simplement dit qu'il y avait de grandes chances que l'acétabulum guérît la maladie, lorsqu'il y avait des fistules au périnée.

GIRALDÈS. Je ne veux pas entrer dans la discussion relative à la section de la hanche. Je veux dire seulement que c'est là une opération à conserver.

Verneuil a été frappé de ce fait que des enfants coxalgiques, soignés avec soin, placés dans la rectitude parfaite, pouvaient présenter un raccourcissement assez grand, lorsqu'ils étaient guéris, et il indique comme la cause principale de ce raccourcissement, la déformation, la rétraction de la cavité cotyloïde, qui est due elle-même à la rétraction suite d'inflammation des fessiers.

Après le fait du raccourcissement après un bon traitement, un bon traitement, après que les membres ont été mis dans le parallélisme, on voit qu'il est fait bien établi; on l'observe même dans le plus grand nombre de cas.

Verneuil attribue ce raccourcissement à l'élargissement très-rapide de la cavité cotyloïde; ceci est encore vrai; mais je me sépare de notre collègue lorsque je lui vois rattacher ce raccourcissement à la rétraction des muscles fessiers.

Les muscles fessiers dans ces cas sont atrophiés; mais les muscles psoas et adducteurs (psoas-iliaque, pectiné, adducteurs) sont ceux qui agissent pour agrandir la cavité cotyloïde.

Après le raccourcissement a lieu, quelques précautions que l'on prenne, et lorsque l'on emploie notre meilleur appareil, l'appareil Bonnet.

Si l'on vient de réduire un membre, siège d'une coxalgie, et que l'on ait obtenu le résultat le plus satisfaisant possible, l'on peut être certain qu'au bout de huit jours la position sera déjà notablement modifiée.

Cela s'observe surtout lorsqu'on emploie les appareils inamovibles avec la dextérine. Ces appareils inamovibles sont détestables.

M. Verneuil s'est demandé si l'on ne devait pas revenir à la pratique des chirurgiens américains, à l'extension continue. Examinons ce point de la question.

M. Sayre avait constaté que la pression sur le membre, siège d'une coxalgie, donnait naissance à une douleur vive, tandis que la traction causait du soulagement, et il en avait conclu qu'il fallait traiter la coxalgie à l'aide de l'extension continue.

Je ferai d'abord remarquer que l'extension continue, comme moyen de traitement de la coxalgie, avait été indiquée par Brodie et Bonnet, avant de l'être par les chirurgiens américains.

La traction du membre produit-elle quelque chose de réel? Oui, si l'on en croit plusieurs chirurgiens américains très autorisés, MM. Cosme, Sayre, Davis, qui ont tous fait construire des appareils pour répondre à cette indication.

Eh bien, si l'on vient à examiner attentivement tous leurs appareils, l'on voit que ceux-ci agissent en immobilisant la cuisse à sa partie supérieure, et non en produisant une traction qui éloignerait l'une de l'autre les surfaces articulaires malades.

Le meilleur appareil de tous est la gouttière de Bonnet; mais il faut que chaque malade ait une gouttière faite exprès pour lui.

M. VERNEUIL. Je ne suis pas de l'avis de M. Demarquay relativement à la résection. Dans certaines circonstances, parce que sur dix tentatives on a échoué neuf fois, ce n'est pas une raison pour ne pas tenter de nouveau la même opération. Pour mon compte, je suis encore tout disposé à pratiquer la résection de la hanche.

Assurément la guérison radicale de la coxalgie est rare, mais elle est possible. J'ai cité le cas d'une malade que j'avais traitée avec M. Panas; chez elle la guérison a été bien complète; mais assurément on ne peut espérer guérir radicalement des coxalgies déjà très-avancées.

M. Giraldès pense que l'ascension de la tête fémorale se produit sous l'influence des muscles adducteurs de la cuisse. J'avais pensé que ce déplacement était dû à la rétraction des muscles fessiers, et je me fondais sur ce fait que lorsque après un redressement du membre on met le doigt sur les muscles adducteurs, on ne les trouve pas tendus.

bien vrai, comme l'a dit M. Giraudeau, que les muscles fessiers atrophies, mais en même temps ils sont indurés et rétractés. Ce point de physiologie pathologique ne pourrait être tranché que par des autopsies.

J'ai pas voulu faire l'historique de l'extension; mais ce que je veux appliquer au traitement de la coxalgie, ce n'est pas l'extension à l'aide des poids placés à l'extrémité du membre, comme on le faisait autrefois, mais l'extension à l'aide d'un appareil qui permet aux enfants de marcher, et il faut bien le dire, cet appareil est difficile à trouver.

MARJOLIN. Je suis un peu étonné de voir que M. Verneuil, qui a donné des observations si intéressantes sur quelques complications médicales, si fâcheuses en chirurgie, ne partage pas plus complètement notre réserve lorsqu'il s'agit de pratiquer de graves opérations sur des individus tellement entachés du vice scrofuleux, qu'ils en quelque sorte, malgré tous les soins possibles, fatalement tombent à des récidives du même genre. Sans condamner d'une manière exclusive la locomotion dans la coxalgie, je crois qu'il ne faut l'employer qu'avec une extrême réserve et avec la plus grande surveillance, crainte de provoquer des exacerbations chez des individus qui n'auraient guéris. J'ai exposé tout à l'heure à quelles causes il faut attribuer la différence des guérisons dans les arthrites des membres supérieurs et des membres inférieurs; aussi je n'y reviendrai pas, je dirai seulement que ce repos absolu, soit dans la gouttière de Bonnet ou tout autre appareil établi sur ces mêmes principes, ne prévient pas, comme on l'a dit, aux méningites tuberculeuses. Cette complication, si commune chez les enfants scrofuleux, peut aussi se manifester chez des adultes atteints d'arthrites suppurées. Si j'ai bonne mémoire, je crois que des faits analogues ont été observés par M. Goussier. Enfin, je terminerai, et j'insiste sur ce point, il est des cas, malgré l'appareil de Bonnet employé de bonne heure, on ne peut remédier au raccourcissement du membre; mais comme dans ces cas il y a eu destruction ou déformation du bord supérieur de la cavité cotyloïde ou de la tête du fémur, il faut bien se garder de gêner le processus de cicatrisation de la nature par des tractions intempestives; il faut se contenter de laisser le membre en repos dans la gouttière; de cette manière, on a au moins la chance de remédier à des déplacements par trop difformes, et on prévient la flexion de la cuisse sur le fémur. Quant à dire qu'il n'y a pas de guérison réelle dans une coxalgie grave confirmée, je crois que c'est se montrer par trop difficile. Quelques-uns d'entre vous se souviennent peut-être d'avoir vu

ici une jeune fille dont l'observation est, je crois, dans la thèse de M. Gibert; elle avait eu à la suite d'une fièvre typhoïde une véritable luxation de la hanche; la luxation fut réduite, et lorsque, au bout de quelques mois, l'enfant vous fut présentée, ses mouvements étaient si réguliers, que personne ne put dire de quel côté la coxalgie avait eu lieu. Qu'il soit resté peut-être un peu d'atrophie du membre, c'est possible; mais je crois que c'est bien là une véritable guérison.

M. DEMARQUAY. J'ai été très-heureux d'entendre M. Giraldès faire l'historique de l'extension. Je crois comme lui que la saillie du grand trochanter et la tendance à la luxation sont dues à la rétraction des muscles adducteurs. Il y avait un appareil qui avait été fait pour remédier à cette tendance, c'était l'appareil de Martin.

M. GIRALDÈS. Je n'ai pas cité l'appareil de Martin, parce que à mon avis c'est le plus détestable des appareils.

M. GUERSANT. Je n'ai jamais vu dans ma vie que deux cas de guérison complète de la coxalgie; les deux guérisons ont été obtenues à l'aide de l'appareil de Martin.

M. GIRALDÈS. Il y a deux appareils Martin. Le premier est un appareil de contention; l'autre est un appareil à double flexion, que je considère comme très-mauvais.

RAPPORT VERBAL.

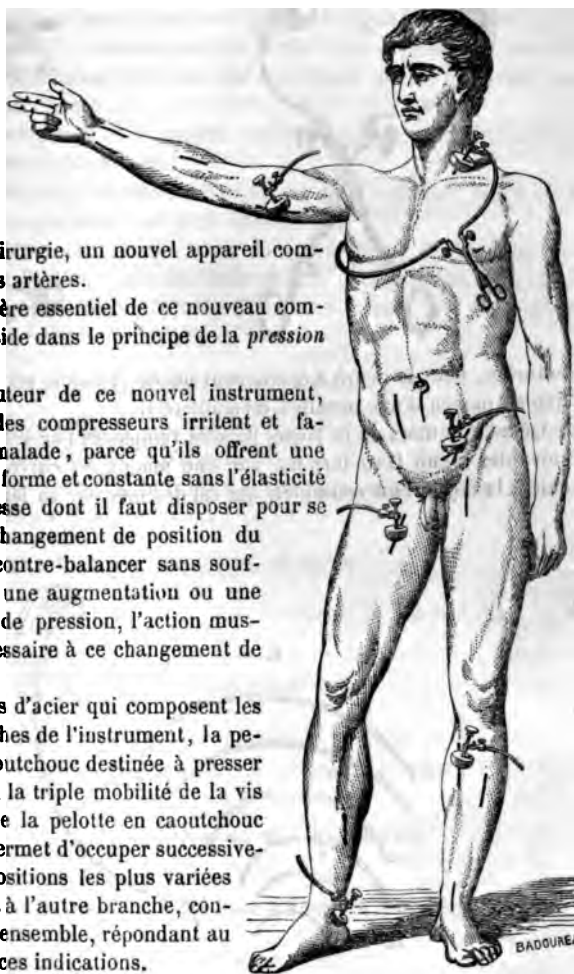
M. LÉON LABBÉ fait un rapport verbal sur un travail de M. Ladureau, médecin de l'hôpital militaire de Cambrai.

Ce travail était relatif à trois cas d'hygroma prérotulien, à un cas d'hématocèle prérotulienne, et à un fait de fracture compliquée de la rotule, avec large plaie pénétrante de l'articulation.

La conclusion du rapporteur est la suivante : Déposer le travail de M. Ladureau aux archives.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

LÉON LABBÉ présente, de la part de M. Lüer, fabricant d'instru-



de chirurgie, un nouvel appareil pour des artères.

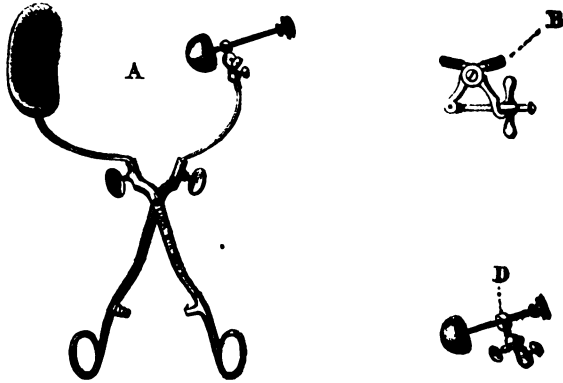
caractère essentiel de ce nouveau pour réside dans le principe de la pression

luc.
on l'auteur de ce nouvel instrument, part des compresseurs irritent et fait le malade, parce qu'ils offrent une on uniforme et constante sans l'élasticité souplesse dont il faut disposer pour se au changement de position du e et contre-balancer sans souff- s. par une augmentation ou une ution de pression, l'action mus- e nécessaire à ce changement de on.

lames d'acier qui composent les branches de l'instrument, la pe- en caoutchouc destinée à presser rtère, la triple mobilité de la vis pporte la pelotte en caoutchouc lui permet d'occuper successive- les positions les plus variées pport à l'autre branche, cont- nt un ensemble, répondant au ire à ces indications.

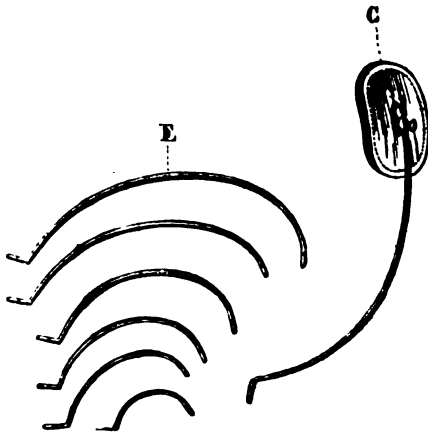
on que le compresseur nouveau devra s'appliquer à l'artère du de la jambe, du bas-ventre ou du cou, etc., les branches seront ou moins grandes, plus ou moins écartées.

L'instrument compresseur, représenté dans la planche ci-contre, affecte, ainsi qu'on le voit, la forme d'une large pince à deux



branches, dont le degré d'écartement ou de pression peut être rendu fixe au moyen d'une agrafe à crémaillère C.

Quant aux mors de la pince, ils sont remplacés par les dispositions suivantes : l'un D se termine par une plaque en cuivre doublée de cuir à la façon d'un coussinet, qui est destinée par sa large surface à



offrir une base à la contre-pression au point d'appui sur la face postérieure du membre.

L'autre branche A, partie intéressante et spéciale de l'instrument,

te une pelotte E en caoutchouc. Cette pelotte, hémisphérique par face interne, est aplatie en dehors; ses dimensions varient suivant le volume des parties sur lesquelles elle doit reposer.

Cette pelotte, souple et élastique, est fixée à l'extrémité d'une vis, fixée elle-même sur la branche correspondante de la pince. La vis est ajustée sur la branche par une articulation à volute, de manière à pouvoir se mouvoir dans tous les sens et être ensuite assujettie dans la position donnée.

Toutes les pièces de l'appareil peuvent se démonter, de manière à former un très-faible volume.

M. Labbé a eu l'occasion d'expérimenter cet appareil, et les résultats qu'il a obtenus lui ont paru satisfaisants.

M. GIRALDÈS. Je me suis servi du compresseur de M. Lürer pour comprimer l'artère fémorale, dans un cas d'amputation de la cuisse. La compression exercée à l'aide de cet instrument n'a rien laissé à désirer.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. TILLAUX présente une pièce d'*hypertrophie générale de l'utérus*, coïncidant avec la présence d'un petit corps fibreux dans le col.

Les détails relatifs à cette pièce intéressante seront donnés dans une des prochaines séances.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dr LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine.

— *Le Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

2^e série. — TOME IX.

81

- La *Revue médicale de Toulouse*.
- Le *Montpellier médical*.
- Le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de Paris*, pour 1867.
- M. DESPRÉS offre à la Société un exemplaire de son *Traité du diagnostic des tumeurs*. Remerciments.

DISCUSSION.

Coxalgie. — Résection de la hanche.

M. LE FORT. M. Marjolin a bien voulu citer mon travail sur la résection de la hanche, et je l'en remercie. Je dois dire ici que je suis beaucoup moins partisan de la résection de la hanche que de celle du genou.

La résection de la hanche dans la coxalgie est un moyen extrême, auquel on ne doit avoir recours que lorsque tous les autres moyens ont été employés.

J'ai été très-satisfait de voir M. Verneuil soutenir l'utilité de l'extension du membre dans le cas d'éculement de la cavité cotyloïde, et je suis persuadé que les faits justifieront cette manière de voir.

La discussion a porté aussi sur l'utilité de l'extension dans la coxalgie, à la période de début ou peu avancée. M. Giraldès a attaqué cette méthode et critiqué les appareils que l'on a proposé pour agir dans cette direction. Mais, comme l'a très bien établi M. Verneuil, il s'agit de faire l'extension, tout en permettant au malade de marcher.

Pour mon compte, je suis tout à fait opposé à l'emploi systématique de la gouttière Bonnet, et je considère que dans beaucoup de cas son emploi peut être la source de complications qui entraînent la mort du malade.

Je concède à M. Giraldès que les appareils américains sont tout à fait insuffisants. Lorsque je les présentai à la Société de chirurgie, je le fis parce que je considérais que l'extension, dans le traitement de la coxalgie, était véritablement indiquée. J'ai ensuite expérimenté ces appareils et je leur ai trouvé tous les désavantages signalés par M. Giraldès. Voici pourquoi j'ai imaginé un appareil dans lequel j'ai essayé de prendre un point d'appui plus favorable, en rendant mobile la plaque sur laquelle repose l'ischion. En procédant ainsi, on peut porter la pression beaucoup plus loin.

J'ai eu l'occasion d'appliquer plusieurs fois cet appareil, et j'ai obtenu des résultats réellement satisfaisants; aussi je persiste à croire que la méthode d'extension est bonne.

M. CHASSAIGNAC. Dans la dernière séance, il a été question de l'ap-

eil de Martin, qui avait été présenté à la Société de chirurgie, avant l'être à l'Académie des sciences.

et appareil paraissait répondre idéalement à toutes les indications bilité, large surface d'appui). J'avais vu Martin l'employer avec ces chez un homme de mon service, qui avait un violent traumatisme de la cuisse, et lorsque la Société de chirurgie désigna une mission chargée de suivre les expériences de Martin, je fus adjoint avec mes collègues Robert et M. Larrey. Martin appliqua son appareil sur les malades atteints de coxalgie ; et sans qu'aucun de nous ait pu en douter, nous arrivâmes un jour à constater une eschare au talon du mollet. Les expériences ne furent pas poursuivies, et il n'y eut pas de rapport présenté à la Société.

ce que désirent aujourd'hui tous les chirurgiens, c'est de posséder un appareil qui, tout en assurant l'immobilité de la jointure, permette un certain déplacement de l'individu, déplacement utile au point de vue de la santé générale.

Cette considération m'a toujours fait repousser l'usage de la gouttière Bonnet, et j'ai eu recours à un moyen d'immobilisation qui m'a rendu de grands services, c'est l'extension et l'immobilisation à l'aide de moules brisés. Je pense que les appareils construits d'après ces principes sont supérieurs à tous les autres.

Dans quelques cas, il est vrai, l'appareil de Martin a paru réussir d'une façon très-satisfaisante ; mais, dans ces cas, il s'agissait d'abcès de la région du grand trochanter et non de coxalgies.

Martin était allé jusqu'à croire qu'à l'aide de son appareil il pouvait élever la tête fémorale dans la cavité cotyloïde :

Je pense qu'avant de se décider à faire la résection, il faut bien savoir dans quel état se trouve l'os iliaque.

. GIRALDÈS. Si notre collègue avait vu un enfant traité de coxalgie avec un appareil Bonnet bien fait, il ne dirait pas ce qu'il dit. Les enfants ne s'étiolent pas parce qu'ils sont dans l'appareil Bonnet ; lorsque la guérison arrive, c'est qu'il y a des lésions organiques du côté des poumons, du foie, et assurément ce n'est pas parce qu'on laissera marcher les enfants que l'on obtiendra la guérison. J'ai observé de nombreux exemples de guérisons obtenues à l'aide de la gouttière Bonnet. C'est l'appareil Bonnet qui incommode le moins les malades.

Certainement, dans nos hôpitaux, il est difficile de faire construire des gouttières de Bonnet pour nos malades ; mais on peut les remplacer par des appareils analogues, par exemple par les appareils employés par M. Marjolin, par ceux dont se sert M. Guersant, par des

moules en gutta-percha, par des moules en plâtre comme ceux de M. Chassaignac.

Les chirurgiens américains, eux-mêmes, formulent en tête du traitement de la coxalgie la nécessité du repos et de la bonne position, et pour répondre à ces indications, ils ont fait construire des appareils divers, tels que des moules en fil de fer, etc., etc.

Ce qu'a dit M. Le Fort au sujet de ces appareils est affaire d'inspiration et non d'observation clinique.

Il y a eu deux périodes dans l'emploi des appareils américains : ce n'est que dans la seconde période que M. Sayre a voulu appliquer le traitement qui consiste à faire l'extension, tout en laissant marcher le malade. Mais qu'arrive-t-il dans ce cas ? L'enfant marche sur l'autre membre, de sorte que lorsque la guérison est obtenue, on observe une déformation considérable, quelquefois tellement marquée, que pour y remédier, l'on se trouve dans la nécessité de pratiquer des opérations.

M. LE FORT. Il est possible que je n'aie pas vu autant de coxalgies que M. Giraldès ; cependant, j'ai employé l'appareil Bonnet, un assez grand nombre de fois, pour avoir le droit de le juger.

J'ai employé l'appareil inamovible embrassant le bassin et le membre inférieur, à l'exemple de M. Verneuil. Je déclare que c'est là un excellent appareil.

COMMUNICATION.

Ovariectomie.

M. BOINET. Dans une de nos dernières séances, notre collègue, M. Liégeois, vous a communiqué une opération d'ovariectomie qu'il a faite avec succès ; je me proposais de prendre la parole sur ce fait, mais les travaux à l'ordre du jour ne l'ont pas permis. Avant d'exposer les quelques réflexions que cette observation m'avait suggérées, permettez-moi de profiter de cette occasion pour présenter à la Société une malade à laquelle j'ai pratiqué l'ovariectomie, il y a aujourd'hui un mois. Je désire montrer que le succès de l'ovariectomie est encore possible, même dans les cas qui paraissent les plus désespérés, et alors que la maladie offre des complications graves et multipliées. Voici l'observation de ma malade.

Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, du poids de 17 à 18 kilogrammes, compliqué d'ascite, d'une hernie ombilicale volumineuse et d'un prolapsus complet de l'utérus. Ovariectomie. Guérison.

Mademoiselle G..., d'Issoudun, âgée de 47 ans, lingère, a toujours

en réglée jusqu'à 46 ans, époque où la menstruation a cessé. femme, d'une bonne constitution, a toujours joui d'une bonne santé, si ce n'est que depuis l'âge de 10 ans, elle a toujours éprouvé des envies fréquentes d'uriner. Il y a environ quatre ans, elle a remarqué que son ventre prenait du développement, en même temps que sa santé s'altérait ; l'augmentation du ventre fut si rapide, qu'au bout de quelques mois, il était aussi développé que dans une grossesse à terme. Les urines étaient légèrement infiltrées. Soumise à divers traitements diurétiques, il n'en résulta aucune amélioration, et la maladie faisant de rapides progrès, sa santé générale s'affaiblissant de plus en plus, l'agrissement augmentant, elle vint à Paris, en 1865, réclamer des soins. Reçue à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Voillemier, elle subit une ponction, le 7 septembre 1865, qui donna issue à 6 litres de liquide. On reconnut dans le ventre, au dire de la malade, l'existence de deux tumeurs solides. De l'hôpital Saint-Louis, elle fut envoyée en convalescence à l'hospice du Vésinet, pour y refaire sa santé, et vingt et un jours après, elle retourna dans son pays, après avoir vu M. Voillemier, qui constata le retour du liquide dans la poche qui avait ponctionnée. Le ventre prit un accroissement progressif et devint si volumineux, que la malade était obligée de rester assise ou couchée. Bientôt, elle ne put se livrer à aucune occupation ; sa position devint de plus en plus misérable ; sa santé s'altéra de jour en jour, et elle maigrit beaucoup : il ne lui restait aucun espoir de salut. Dans cet état désespéré, M. le docteur Jugand, d'Issoudun, lui proposa de faire l'ovariotomie ; mais elle préféra revenir à Paris, pour y subir l'opération. Elle me fut adressée par le docteur Gachet, d'Issoudun, le 11 juillet 1868.

À son arrivée à Paris, elle est dans un état déplorable, faible, épuisée, et les traits profondément altérés ; la respiration est gênée, les toux pénibles, l'appétit nul ; le ventre, au niveau de l'ombilic, est le siège d'une hernie ombilicale volumineuse, mesure 1 m. 42 c., l'appendice xyphoïde au pubis, 45 centimètres ; la hernie ombilicale, rendue saillante par du liquide ascitique et par les anses intestinales, est très-volumineuse ; ses parois sont très-amincies et étalées sur le ventre : elle mesure 46 centimètres de circonférence ; la paroi antérieure du ventre et les membres inférieurs sont infiltrés. La percussion et l'examen du ventre font reconnaître une grande quantité de liquide ascitique ; et si on fait placer la malade dans différentes positions, on reconnaît trois tumeurs très-distinctes : deux supérieures, dures, très-résistantes à la pression, et offrant au palper tous les caractères des tumeurs fibreuses, et une troisième médiane et inférieure,

donnant tous les signes d'une vaste poche, renfermant du liquide. Les parois du ventre, dont le développement est extraordinaire, sont tellement distendues, et par les tumeurs et par le liquide de l'ascite, qu'il est impossible de reconnaître si des adhérences existent; de plus, cette malade est atteinte d'un prolapsus complet de l'utérus qui pend entre les cuisses. Je porte le diagnostic suivant : kyste multiloculaire d'un ovaire, ayant une vaste poche fluctuante, accompagnée de deux tumeurs solides très-dures, avec complication d'une ascite, d'une exomphale et d'une chute complète de l'utérus, avec excoriations saignantes sur les parois renversées du vagin et sur le col de l'utérus. Ce prolapsus complet de l'utérus remontait à cinq mois; mais depuis plus d'une année, la malade avait remarqué que sa matrice était très-basse, et que son col apparaissait entre les grandes lèvres; il y avait parfois des écoulements sanguinolents.

Dans le but de mieux connaître la nature des tumeurs solides du ventre, qui avaient toutes les apparences de tumeurs fibreuses, et pour m'assurer s'il existait des adhérences, je conseillai à la malade une ponction, pour enlever le liquide ascitique; mais comme elle voulait retourner dans son pays, sans plus attendre, je lui recommandai de faire pratiquer cette ponction par son médecin, afin qu'on pût mieux établir le diagnostic, et savoir si l'ovariotomie était praticable. Cette malade retourna à Issoudun et la ponction ne fut pas faite. Mais un nouveau phénomène se produisit : l'écoulement quotidien, d'un verre et demi environ, d'un liquide légèrement gluant par le col utérin, diminua un peu le volume du ventre et apprit que le kyste était tubo-ovarique. Comme l'état de la malade devenait de plus en plus mauvais, malgré cet écoulement; que la maigreur augmentait; que les forces diminuaient, etc., elle revint à Paris. le 4^{er} octobre 1868, bien décidée à se faire pratiquer l'ovariotomie.

Un nouvel examen, fait avec soin, me confirma dans mon premier diagnostic : une ascite considérable, avec hernie ombilicale volumineuse, une vaste poche kystique et deux grosses tumeurs, dures, résistantes; qui s'élevaient jusqu'au foie et sous le diaphragme, et dont la consistance rappelait des tumeurs aréolaires, développées dans l'épaisseur des parois du kyste, et enfin une chute complète de l'utérus qui pendait entre les cuisses et était le siège d'excoriations profondes. La seule chance de salut pour cette pauvre fille était dans l'ovariotomie; mais les complications nombreuses qui accompagnaient ce kyste, l'existence probable d'adhérences du côté du foie et du diaphragme, dans une maladie dont le début remontait à plus de quatre ans, l'impossibilité de reconnaître ces adhérences et celles qui pouvaient être plus pro-

Et tout cela me paraissait autant de contre-indications que je devais affronter. Cependant, l'état de cette malade était si grave, que j'aurais vu comme une obligation une opération que je ne pratiquais avec une certaine répugnance ; et le 11 octobre 1868, cédant aux vœux pressants de la malade, je fis cette ovariectomie, rue Oudinot, en présence de MM. Brochin, Firmin, Moyet, Robert et de plusieurs autres des hôpitaux.

L'incision fut pratiquée sur la ligne blanche jusqu'au péritoine, le pubis et la hernie ombilicale, la malade étant chloroformée ; le liquide ascitique, poussé par le liquide ascitique, vint faire hernie entre les lèvres de l'incision, qui avait environ 12 centimètres de longueur, et fut ponctionné avec le trocart de Sp. Wells. Il s'écoula 4 à 5 litres de liquide séreux, verdâtre, provenant de la cavité péritonéale. Plusieurs vaisseaux furent saisis avec mes serre-fines à mors plats, et aucun écoulement de sang ne se fit dans la cavité du péritoine. Celui-ci fut divisé dans toute l'étendue de l'incision avec des ciseaux, la main gauche, doucement introduite dans le ventre, entre les parois abdominales et le kyste, constata qu'il existait deux tumeurs volumineuses, inégales, solides, résistantes, et une vaste poche remplie de liquide. L'une des tumeurs, celle de droite, s'élevait jusqu'au foie et était séparée du diaphragme qu'elle soulevait, et était séparée de celle de gauche, qui se levait moins haut, par un enfoncement considérable, la tumeur de droite pressait tellement le diaphragme et le foie, que je ne pus passer ma main entre ces organes : ce qui me fit supposer que des adhérences existaient dans ce point et probablement dans les parties profondes, heureusement n'avait pas lieu, ainsi que je le reconnus en continuant l'opération. Ces tumeurs étant trop volumineuses pour être extraites par l'incision que j'avais pratiquée d'abord, je la prolongeai vers le haut, en contournant à gauche la hernie ombilicale, et lui donnai une étendue de 27 centimètres. Par ce moyen, le kyste devint plus apparent, et la poche fluctuante fut ponctionnée ; l'évacuation de 18 litres de liquide séreux, verdâtre, permit aux deux tumeurs, placées au-dessus de la poche de s'abaisser, et alors, seule-ment je pus reconnaître que ces tumeurs n'avaient aucune adhérence, ni avec le foie, ni avec le diaphragme, ni avec un autre organe. Après avoir pris la précaution de fermer par une ligature l'ouverture faite dans la cavité péritonéale par le trocart, dans le but de prévenir tout épanchement dans la cavité péritonéale, j'introduisis la main gauche sous le ventre, le soulevant doucement, je le fis sortir du ventre, entre les lèvres de la plaie ; un aide le saisit aussitôt entre ses deux mains et le suspendu au-dessus du ventre. Je constatai avec plaisir que

tout ce qui composait le kyste, tumeurs et poche, n'était adhérent que par un pédicule très-large, très-épais et assez long. Toute cette manœuvre avait été assez prompte et assez facile. Le pédicule, qui renfermait des vaisseaux volumineux, fut placé dans le clamp, fortement serré, et coupé ensuite avec des ciseaux, au-dessus du clamp, à la base du kyste; par mesure de précaution, et à cause du volume des vaisseaux du pédicule, une forte ligature en fil de soie fut placée sur le pédicule, au-dessous du clamp, sur lequel on cautérisa le pédicule avec le fer rouge. Grâce aux serre-fines appliquées sur les points saignants de l'incision abdominale, pas une goutte de sang ne tomba dans le péritoine; sa toilette fut facile à faire et se borna à absorber avec des éponges un peu de liquide ascitique qui restait encore dans le petit bassin, et à ôter, ce qui ne laissa pas de me donner de l'inquiétude pour le résultat de cette opération, plusieurs membranes de la grosseur du doigt, d'une longueur de 10 à 12 centimètres, d'un blanc mat, nacré; elles étaient libres et flottantes dans le liquide ascitique. De plus, la surface du péritoine offrait les traces d'une péritonite ancienne, était d'un rouge violacé, et tous les vaisseaux épiploïques étaient gorgés de sang noir.

Avec une longue aiguille, qui traversait en même temps les parois abdominales et le pédicule, celui-ci fut fixé dans l'angle inférieur de la plaie. Le clamp ayant été enlevé, deux épingles traversant les parois abdominales, y compris le péritoine, furent placées, l'une au-devant, l'autre au-dessous du pédicule, afin de mieux le maintenir et de le comprimer dans la suture entortillée. La plaie fut fermée par une suture profonde, faite avec neuf fils d'argent passés avec une grande promptitude et une grande facilité à travers les parois abdominales et le péritoine, à l'aide d'une aiguille à chas, assez semblable à une aiguille d'emballeur ou à une alène de cordonnier, dont je me sers habituellement pour faire cette suture : 7 épingles suffirent pour la suture superficielle ou entortillée.

Une sonde évacuatrice fut placée au-devant du pédicule et enfoncée jusqu'au fond du petit bassin, pour retirer, à l'aide d'une pompe, le liquide qui pouvait s'épancher; il en sortit à peine 5 ou 6 grammes, pendant deux heures que cette sonde resta encore en place, elle ne laissa couler aucun liquide : aussi fut-elle retirée. L'opération avait duré quarante-cinq minutes.

Avant de fermer l'abdomen, j'avais cherché à réduire l'utérus et j'y étais parvenu très-facilement; l'indicateur de la main gauche étant placé dans le petit bassin, pour suivre et diriger l'impulsion que j'imprimais à l'utérus, en le refoulant doucement et progressivement dans le

n avec la main droite, je parvins à le remettre en place, et deux éponges furent introduites dans le vagin, pour s'opposer à une relle chute.

La malade, nettoyée, changée de linge et de flanelle, fut portée dans un lit bien chaud. On lui donna quelques cuillerées de madère, de l'eau froide et d'une potion calmante. Le reste de la journée se passa bien; point de fièvre, point de douleurs dans le ventre; sommeil de quelques heures.

Malgré les complications que j'ai signalées plus haut, les suites de l'opération furent des plus heureuses; à peine de la fièvre pendant les deux premiers jours, point de douleurs dans le ventre, qui est resté plat, non douloureux à la pression. Alimentation légère et prise avec plaisir. Les urines ont coulé naturellement et le cathétérisme n'a été pratiqué une seule fois; une éponge, placée dans un sac de tulle gommé, est mise entre les cuisses de la malade et reçoit les urines. L'éponge est changée à chaque émission. Les fils et les anneaux des sutures furent enlevés à partir du cinquième jour, et finalement, tout était enlevé, et remplacé par des bandelettes fixées avec le collodion.

Il me paraît inutile d'entrer dans de plus longs détails sur la marche de cette opération, qui, comme vous le voyez, a eu un très-bon résultat, puisqu'elle a débarrassé cette pauvre femme, qui était sur le point de mourir, de quatre maladies très-graves : 1° d'un kyste multiloculaire énorme; 2° d'une hernie ombilicale; 3° d'un prolapsus complet de l'utérus; et 4° enfin d'une ascite considérable, qui depuis longtemps avait amené l'infiltration des membres inférieurs. Il y a aujourd'hui trente jours que cette malade a été opérée et son état est si satisfaisant, qu'elle va repartir pour son pays.

La masse totale du kyste, contenant et contenu, était de 17 à 18 kilogrammes environ; les parties solides, tumeurs et poche du kyste, pesaient 8 kilogrammes et demie. Les tumeurs étaient aréolaires, renfermant dans leur intérieur une infinité de petites loges, communiquant les unes avec les autres, et remplies d'une matière blanche, épaisse, gélatineuse, purulente dans quelques-unes. Les plus grosses n'auraient pu loger une noix. De grosses veines, des brides élastiques et résistantes, sillonnaient la surface de ces tumeurs dans tous les sens; leur surface externe était lisse et nous offrait des bossures irrégulières.

La hernie ombilicale, dont il reste quelques vestiges, est complètement réduite, et il ne reste plus au niveau de l'ombilic qu'une très-petite partie du sac, qui diminue chaque jour et qui probablement

finira par disparaître complètement, si on s'oppose, par un bandage, à l'introduction des intestins dans l'anneau ombilical.

Déjà trois fois, j'ai rencontré des kystes de l'ovaire compliqués de hernie ombilicale et d'ascite, et j'ai remarqué que dans ces cas, les parties herniées se réduisaient facilement, et qu'on pouvait les retirer de l'anneau ombilical en les attirant dans le ventre avec les doigts introduits par l'incision abdominale.

Cette remarque ne pourrait-elle pas trouver son application dans l'opération de la hernie ombilicale étranglée, et nous engager à opérer cette espèce de hernie, en faisant sur la ligne blanche, à quelques centimètres au-dessous de l'ombilic, une incision par laquelle on pourrait, en y introduisant un ou deux doigts, aller retirer les intestins et l'épiploon engagés dans l'anneau ombilical et étranglés par lui, plutôt que d'inciser directement cet anneau et sur des parties irritées et plus ou moins enflammées, comme nous le faisons habituellement, parties au milieu desquelles on a souvent de la peine à se guider. On serait d'autant plus autorisé à essayer ce procédé, que les résultats par les procédés que nous employons ordinairement sont généralement mauvais. S'il existait des adhérences, on pourrait tout aussi bien les détruire et y remédier par le procédé que nous indiquons que par les autres, et si un épanchement sanguin ou autre se produisait, on pourrait y remédier plus facilement et fixer plus sûrement les bouts de l'intestin, s'il y avait gangrène.

On a cru pendant longtemps, et beaucoup de chirurgiens partagent encore cette opinion, que le contact de l'air sur le péritoine, que toutes les lésions traumatiques, les plaies, les incisions, les piqûres, etc., sont des circonstances tellement graves et tellement redoutables, qu'on doit s'abstenir de toute opération sur cette séreuse, à moins d'y être absolument forcé. Les nombreuses opérations d'ovariotomie pratiquées avec succès depuis quelques années, sont venues donner le démenti le plus formel à cette manière de voir, et démontrer combien toutes ces craintes sont exagérées, et que tous les accidents qu'on attribuait à la lésion du péritoine, soit par incision, plaie ou piqûre, ne sont pas dues à la lésion proprement dite de cette séreuse, mais à des causes qu'il faut chercher ailleurs. D'après nos observations, les accidents qui suivent la lésion du péritoine sont dus à l'épanchement dans le péritoine du sang ou d'un liquide quelconque.

En effet, un épanchement dans l'abdomen, quelque minime qu'il soit, à la suite d'une lésion du péritoine, subit presque toujours une altération putride, une décomposition qui amène les accidents de la péritonite, ou de la résorption purulente, et il est bien démontré au-

hui, par des observations déjà nombreuses, que si, à la suite blessure du péritoine, il ne se fait aucun épanchement dans men, ou bien que si cet épanchement ayant lieu on a pu le faire autre sur-le-champ, il n'en résultera rien de fâcheux; l'air et les as épanchés dans la cavité abdominale n'y deviennent dangereux lorsqu'ils restent renfermés dans cette cavité et qu'ils y sément; ainsi, dans les ovariectomies, le moindre caillot, la moindre té de liquide d'un kyste laissés dans le ventre donnent presque toujours naissance à une péritonite mortelle; c'est donc avec que dans l'ovariectomie on recommande de faire avec un minutieux la toilette du péritoine, afin de se mettre en garde le moindre suintement de sang, avant de clore l'ouverture abdominale. La pratique de tous les ovariectomistes a montré que le de l'ovariectomie a presque toujours lieu, toutes les fois qu'il aucun épanchement, soit de sang, soit d'un liquide quelconque i cavité abdominale. Ce qui prouve bien que ce n'est pas la léroprement dite, du péritoine qui est la cause des accidents péaux, à la suite des opérations pratiquées sur cette séreuse, mais se épanchements qui peuvent être la suite de ces opérations, tte conséquence pratique très-importante, qu'on doit toujours se plaies abdominales où le péritoine est intéressé, s'empressez élargir, si on soupçonne le moindre épanchement, dans le but ar cet épanchement s'il continue, ou de le tarir et de le faire être complètement, s'il y a lieu.

t donc établi, que les lésions du péritoine sont beaucoup moins dre qu'on ne le croyait et qu'on ne le croit encore aujourd'hui, rait-on pas dans les cas d'étranglement interne, d'iléus, d'invan intestinale ou d'une obstruction au passage des matières , alors que le siège de l'étranglement ne peut être déterminé, ne on pas ouvrir largement la cavité abdominale, comme dans stomie, et aller à la recherche de l'étranglement, peut-être a-la chance de sauver des malades, alors qu'ils sont fatalement i la mort.

qui ne veulent pas admettre que le péritoine puisse supporter cident des lésions, prétendent que cette membrane ne s'enflamme ns l'opération de l'ovariectomie, parce que probablement elle s des conditions nouvelles, qui lui permettent de supporter, sans t, des opérations qu'elle ne supporterait pas dans son état normalles sont ces conditions nouvelles? Personne ne les connaît, i les invoque pour trouver une explication à la tolérance que le péritoine dans l'opération de l'ovariectomie. La présence d'un

kyste de l'ovaire dans le ventre, son long contact avec le péritoine, le développement lent et insensible de la tumeur ovarique, seraient les causes de cette nouvelle propriété du péritoine à ne pas s'enflammer aussi facilement. Avant d'admettre cette opinion, qui ne repose que sur une hypothèse, il faudrait démontrer que le péritoine des malades affectées de tumeurs ovariques ou de toute autre tumeur, n'est plus dans les mêmes conditions anatomiques et physiologiques que le péritoine de ceux qui n'ont pas de tumeurs dans le ventre ; personne, que je sache, n'a encore fait cette démonstration, et s'il en était ainsi, on pourrait se demander pourquoi, dans l'opération césarienne, la même opération faite sur un péritoine dans les mêmes conditions physiologiques ou pathologiques ne réussit pas, à Paris, par exemple, tandis qu'elle réussit assez souvent en province : est-ce que la distension subie par le péritoine, est-ce que les modifications nouvelles qu'il a pu éprouver pendant le développement de la tumeur utérine ne sont pas les mêmes à Paris que dans la province ? Je crois donc qu'il faut chercher ailleurs la cause des accidents graves qui se manifestent à la suite des opérations pratiquées sur le péritoine, et que cette cause a sa source dans les épanchements péritonéaux surtout, quelle que soit leur nature, et cela est si vrai que dans les cas où il n'y a aucun épanchement dans le péritoine, soit pendant, soit après l'opération, les accidents sont plus rares, malgré la lésion du péritoine, qu'il ait été coupé ou déchiré. On doit aussi tenir grand compte des milieux dans lesquels on opère, et de la constitution des malades.

Le point capital dans l'opération de l'ovariotomie est donc d'empêcher tout épanchement sanguin ou autre dans la cavité abdominale ; dans ce but, on recommande de lier immédiatement tous les vaisseaux sanguins ouverts, et de supprimer tout écoulement ou tout suintement sanguinolent, qu'il provienne de l'incision faite à la paroi abdominale, de l'épiploon ou des déchirures des adhérences. Mais cette ligature des vaisseaux ou des parties qui laissent écouler du sang, demande quelquefois bien du temps, allonge l'opération qu'on est obligé d'interrompre à plusieurs reprises ; de plus, on a l'inconvénient de laisser des ligatures dans le ventre et entre les lèvres de la plaie, dans l'espoir de parer à tous les inconvénients et de hâter l'opération. Je fais usage pour arrêter l'écoulement du sang, quelle que soit sa source, de serres-fines que j'ai fait modifier et approprier au but que je voulais atteindre. Ces serres-fines, que j'ai l'honneur de vous présenter, sont à mors plats et munies d'un fil d'argent qui aide à les reconnaître et à les retrouver, lorsqu'on fait la toilette du péritoine et qu'on suture la paroi abdominale. Ces serres-fines sont d'une application prompte

lle; elles exercent, pendant qu'on continue l'opération, une pression assez forte pour s'opposer à l'écoulement du sang, qu'il en nappe ou par jets; d'ailleurs, il arrive presque toujours à l'enlèvement de ces serres-fines, le sang ne coule plus, et la pression momentanée exercée par ces instruments, qui agissent en comprimant les tissus, suffit pour arrêter définitivement l'écoulement du sang et dispense des ligatures, ce qui, je le répète, me paraît être un grand avantage, puisque l'opération est faite plus rapidement, et qu'ensuite il ne reste aucun corps étranger dans la cavité péritonéale, ni les lèvres de la plaie.

Liégeois, en décrivant le procédé opératoire qu'il a suivi, nous fait remarquer, en y attachant une certaine importance, qu'il avait eu la précaution de traverser les parois abdominales avec des fils qui, immédiatement au-dessus et au-dessous du pédicule qu'ils réunissent, avaient l'avantage de comprimer le pédicule, de le tenir plus sûrement dans l'angle inférieur de la plaie, et au besoin de s'opposer à l'hémorrhagie. Cette manière de faire nous paraît bonne à suivre, et se rapproche beaucoup du procédé que nous suivons habituellement, qui consiste, pour maintenir solidement le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie, à le traverser en même temps qu'on traverse les parois abdominales avec une longue aiguille à bords flexibles, et à placer immédiatement au-dessus et au-dessous du pédicule deux épingles qui, comprises ainsi que l'aiguille dans la suture entortillée, compriment et fixent le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie; ce procédé est surtout utile, lorsque le pédicule est court et épais. Tyler Smith veut, lorsque le pédicule est court et largement implanté, qu'on l'abandonne dans la cavité abdominale après l'avoir lié fortement et avoir coupé les fils au ras du pédicule, ou simplement qu'on se contente de lier les vaisseaux du pédicule. Ce procédé serait en effet très-avantageux, dans ce sens qu'il permettrait d'abandonner le pédicule dans le ventre, et de réunir l'incision abdominale par première intention, mais il nous paraît avoir des inconvénients graves, c'est : 1° de laisser dans le ventre des fils qui agissent comme corps étrangers et exposent à la péritonite à des suppurations; 2° c'est d'exposer à des hémorrhagies péritonéales consécutives, dans le cas où les ligatures viendraient à se rompre avant l'oblitération des vaisseaux; d'ailleurs M. Spencer, qui a mis plusieurs fois ce procédé en pratique, a observé que les symptômes de péritonite ont été plus violents que lorsqu'on se sert de la suture ordinaire, et sur cinq malades chez lesquelles il a mis ce procédé en pratique, trois sont mortes de péritonite générale.

Les ligatures laissées dans l'abdomen doivent donc être abandonnées.

La méthode de Clay (de Birmingham), qui consiste à appliquer le clamp et à cautériser le pédicule serait meilleure, et a donné lieu à de beaux succès dans les mains de Brown. Cette méthode paraît en effet très-rationnelle, puisque l'usage du clamp laissé en place pendant dix à douze heures, en mâchant les tissus, en les écrasant, permet l'oblitération des vaisseaux, comme ferait la ligature, et que la cautérisation avec le fer rouge, pratiquée au-dessus du clamp, vient en aide pour oblitérer les vaisseaux et s'opposer à l'hémorrhagie.

Une méthode que l'on a appliquée assez rarement, et à laquelle on semble vouloir accorder quelque faveur, est la section lente et graduée du pédicule, à l'aide de l'écraseur linéaire de M. Chassaignac; assurément, cette méthode serait la meilleure si on pouvait l'appliquer sans crainte; avec elle on pourrait se passer de toute espèce de ligature, et ce serait se placer dans les meilleures conditions pour le succès de l'ovariotomie, si l'on pouvait, comme nous l'avons fait et comme l'a proposé après nous Braxton Hicks, comprimer le pédicule avec un clamp dentelé, resserrer, mâcher, écraser les tissus assez complètement et assez solidement pour empêcher toute hémorrhagie; alors le pédicule pourrait être abandonné sans danger dans la cavité abdominale. Il serait prudent d'ajouter à ce procédé la cautérisation du pédicule. Malheureusement, les vaisseaux du pédicule sont quelquefois si volumineux, que ces procédés, soit par l'écraseur linéaire, soit par les clamps dentelés, écraseurs ou mâcheurs, ne mettraient pas à l'abri de l'hémorrhagie, et qu'on fera mieux, par prudence, de placer préalablement une ligature ou un clamp qui, en serrant le pédicule, s'oppose à toute hémorrhagie primitive et consécutive.

Ordinairement, pour faire l'occlusion de l'incision abdominale, on se sert, pour passer les ligatures métalliques de la suture profonde, d'aiguilles tubulées, qui ne laissent pas que d'avoir des inconvénients dans certains cas; d'abord il faut autant d'aiguilles qu'on veut faire de points de suture; elles sont parfois difficiles à enfiler, et, une fois qu'elles ont traversé les parois abdominales, il devient quelquefois difficile de saisir le fil d'argent avec des pinces et de le faire sortir de l'aiguille. D'autres fois, si on veut le pousser pour le saisir plus facilement, il se plie à l'entrée de l'aiguille, et on est obligé de le retirer pour le remplacer par un autre; d'autres fois, s'il déborde trop l'ouverture de l'aiguille à sa sortie, il se recourbe et s'oppose au passage de l'aiguille à travers les parois abdominales. Enfin, si les parois abdominales sont très-épaisses, comme il arrive dans quelques cas, ces

es tubulées, qui sont presque droites et peu résistantes, plient et rebent lorsqu'on veut traverser la paroi du côté opposé, alors on est obligé de retirer l'aiguille et de la remplacer par une autre.

Ces incon vénients apportent des longueurs dans l'opération et nuisent pour le chirurgien.

Pour éviter tout cela, et abréger, autant que possible, la durée de l'opération, j'ai fait faire, en 1860, des aiguilles particulières, qui ont la forme d'une aiguille d'emballeur ou d'une alène, d'anche, de cordonnier. Une ou deux de ces aiguilles, armées d'un fil d'argent, suffisent pour faire la suture de l'incision la plus difficile de la paroi abdominale; elles sont très-résistantes et pénètrent avec la plus grande facilité dans les parois abdominales, quelle que soit leur épaisseur; le talon de ces aiguilles est percé d'un chas, large et facile à saisir, et il offre, au-dessus et au-dessous, une cannelure assez profonde pour loger complètement le fil d'argent qui, de cette façon, ne gêne pas le talon de l'aiguille et n'apporte aucun obstacle à son passage au moment où il traverse les tissus. Avec une seule aiguille, on peut faire sept ou huit sutures sans être obligé de l'enfiler à chaque fois.

Avec ces aiguilles, la suture profonde est faite avec une grande sûreté et une rapidité remarquables.

Notre collègue, M. Le Fort a demandé à M. Liégeois, pourquoi il n'avait pas pratiqué cette ovariectomie. La réponse était bien simple, c'est que cette opération n'avait pas été faite, la malade aurait succombé dans un délai assez rapproché, si l'on doit en juger par l'examen du contenu du kyste qu'il contenait était filant, coloré; il existait à la surface interne du kyste un grand nombre de productions ou végétations de forme et de couleur différentes, depuis celle d'un haricot jusqu'à celle d'un petit poulx, et tout kyste, dans ces conditions, devient promptement purulent, et amène fatalement la mort dans un délai assez court. Le kyste de la malade de M. Liégeois, avec le développement qu'il avait suivi dans les derniers temps, avait été abandonné à lui-même, la femme n'eût pas tardé à succomber, tandis qu'aujourd'hui aucune autre maladie ne vient compromettre son existence, et qu'elle vit de longues années. M. Liégeois a donc agi sagement en ne faisant pas l'ovariectomie et en la faisant.

Terminons ces quelques réflexions que nous venons de faire sur l'ovariectomie en faisant observer que les succès se multiplient à mesure que la pratique des chirurgiens de la capitale ne le cède en rien à celle des chirurgiens qui opèrent en province ou à l'étranger. Quant à ce qui nous concerne, nous avons jusqu'à ce jour pratiqué dix-huit fois l'ovariectomie, et nous avons obtenu onze succès, c'est-à-dire

plus de 61 sur 100. Mais si nous tenons compte de nos dernières opérations, notre proportion est plus grande. Ainsi nos sept premières opérations nous ont donné quatre succès, c'est-à-dire environ 60 p. 100, et nos onze dernières opérations ont fourni sept succès, c'est-à-dire environ 66 p. 100, autrement dit deux succès sur trois opérations. Je suis convaincu qu'on arrivera à guérir trois malades sur quatre. Nos trois dernières opérations sont trois succès.

M. DESPRÉS. L'opération que M. Boinet vient de proposer, qui consiste à ouvrir la paroi abdominale, à faire la gastrotomie pour dégager l'intestin étranglé au niveau d'un anneau, a déjà été proposée en France, il y a plus d'un siècle, par Pigray, pour la hernie crurale, en particulier. L'opération a été pratiquée deux fois. On a ouvert le ventre au-dessus de la hernie. Les résultats de l'opération y ont fait renoncer.

M. LIÉGEOIS. M. Boinet a insisté sur la rétraction du pédicule. J'ai été frappé de cette rétraction chez la malade dont j'ai rapporté l'observation devant la Société.

Je crois que cette rétraction est très-importante et qu'il faut en tenir un très-grand compte dans l'opération de l'ovariotomie. Il faut placer une forte ligature au niveau du pédicule, et traverser celui-ci à sa base avec une aiguille de fort calibre. Je ne suis pas d'avis que l'ouverture du ventre soit aussi simple que veut bien le dire M. Boinet; je pense qu'il faut faire tous ses efforts pour empêcher l'intestin de sortir.

M. BOINET. Je n'ai pas voulu parler des opérations dont M. Després vient de nous entretenir; je ne me suis préoccupé que de la hernie ombilicale, pendant l'ovariotomie.

L'intestin sort quelquefois, malgré toutes les précautions que l'on peut prendre.

Quant au pédicule, il n'est pas toujours possible de le traverser avec une aiguille. La réduction du pédicule après la cautérisation est employée par Tyler Smith; mais Spencer-Wells, qui a eu recours cinq fois à ce procédé, n'a pas obtenu de résultats favorables.

Si je devais réduire le pédicule dans le ventre, je combinerais l'écrasement linéaire avec la cautérisation.

M. LÉON LABBÉ. Je crois que M. Liégeois s'exagère le degré de tendance qu'a le pédicule à rentrer dans le ventre. Le plus souvent, après quarante-huit heures, des adhérences assez solides sont établies entre le pédicule et les surfaces du péritoine pariétal qui ont été mises en contact avec lui. En tout cas, lorsque le clamp, de quelque forme qu'il soit, qui a étreint le pédicule, est enlevé, l'on voit celui-ci se

acter immédiatement, et il existe entre la surface du pédicule et la t'abdominale, une différence de niveau que les bourgeons charnus ardent pas à combler.

est bon de faire tous ses efforts pour empêcher l'intestin de sortir entre; mais quelquefois toutes les précautions sont inutiles. Plus observations personnelles me portent à croire que dans les cas intestin sort, malgré tous les efforts de contention auquel on peut r recours, le pronostic est relativement plus grave que dans les nstances opposées. Dans ces conditions, il n'est pas rare d'ob- tr rapidement une distention gazeuse considérable de l'intestin. et à ce qui est relatif aux dimensions à donner à l'ouverture abdo- le, j'estime que toutes les fois qu'il existe des adhérences, il faut quer une large ouverture pour faciliter les manœuvres et éviter usques déchirures.

LIÉGEOIS. Je n'ai pas voulu dire que le contact de l'air avec la se péritonéale fût capable de tuer les malades; mais je pense que se place dans d'heureuses conditions en évitant ce contact.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

ANAS fait les deux communications suivantes :

Ossification Irdo-pupillaire.

acun connaît les productions osseuses pathologiques de la cho- , de la rétine et du corps vitré, tandis qu'il est infiniment plus de voir l'iris devenir le siège de cette altération.

vient d'entrer dans mon service un homme de 36 ans, ancien aire, et qui, par suite de refroidissement, eut une double ophthal- grave, qui a aboli complètement la vue. Il y a un an de cela. urd'hui, nous constatons ce qui suit :

deux yeux sont petits, atrophies, présentant cette forme carrée aractérise cet état.

deux cornées opalescentes semblent être appliquées directe- sur le diaphragme irien, tellement la chambre antérieure se e réduite dans ses dimensions, par suite de l'aplatissement des cornées. Le globe a perdu de sa consistance et offre une fluctua- nanifeste, preuve que le corps vitré est diffusent. A la place de la le et de l'iris, on voit une cloison imperforée, d'une couleur gris- tre, avec des taches pigmentaires, et çà et là de fines arborisa- vasculaires, qui semblent provenir des vaisseaux scléroticaux.

La surface de cette cloison n'est point lisse, mais elle offre un réseau de fibres entre-croisées, qui lui donnent l'aspect aponévrotique.

Le malade a la perception de la lumière diffuse, et remarque la présence d'une lumière placée devant ses yeux, pourvu que celle-ci ne soit pas distante de plus d'un mètre.

Nous avons constaté pareillement la présence des quatre posphènes principaux; ce qui indique que la rétine a conservé sa sensibilité, au moins en partie.

En présence d'un pareil état de choses, nous avons pensé que l'iridiotomie, en supposant qu'elle pût réussir dans d'aussi mauvaises conditions, devait améliorer le triste état du malade, et c'est ce qui nous engagea à entreprendre cette opération, en l'exécutant sur l'œil gauche, qui nous parut moins atrophié que le droit.

Pour les raisons connues de tous et dans le cas particulier, à cause de la liquéfaction du corps vitré, j'ai décidé de faire la kératotomie supérieure. Une fois la chambre antérieure ouverte et l'humeur aqueuse écoulée, je voulus saisir l'iris pour en extraire un lambeau; mais quel fut mon étonnement, lorsque je me trouvai en présence d'un tissu dense, qu'aucun instrument ne pouvait entamer. Diverses pinces à iridiotomie, une pince à dents de souris, des ciseaux droits et courbes, le crochet à iridiotomie, une aiguille à cataracte furent successivement essayés, sans parvenir à arracher une portion de l'iris. Ce n'est qu'avec de forts ciseaux courbes que j'ai pu faire sauter une toute petite parcelle, grosse comme un grain de semouille, d'une substance blanche et dure que je jugeai, à l'œil nu, devoir être de l'os véritable.

L'examen microscopique, en nous montrant dans la préparation des ostéoplastes en grand nombre, ainsi que le dessin que je vous présente ici en fait foi, confirma notre prévision. Rien ne pouvait, du reste, nous faire soupçonner, avant l'opération, cette ossification de l'iris, qui rendait l'iridiotomie, par le procédé ordinaire, absolument impraticable.

M. de Graëfe pense qu'en pareil cas le procédé de Wenzel, qui consiste à sectionner à la fois la cornée et la circonférence de l'iris, permet de saisir celle-ci en plein et d'en faire directement l'excision. Le petit couteau à cataracte dont il se sert pour la kératotomie linéaire modifiée, est l'instrument que notre savant collègue m'engageait d'employer pour exécuter ce temps de l'opération; et c'est ce que je me propose de tenter prochainement, en tenant la Société au courant du résultat définitif.

Malgré les manœuvres opératoires multipliées, qui me faisaient

ndre le développement d'un phlegmon dans cet oeil, il n'est rien
venu de fâcheux, et c'est à peine si le malade à souffert pendant
à quatre jours. Cette immunité des yeux atrophiés pour le
gmon traumatique, est un fait assez fréquent et qui a été mis au
pour la première fois par Wenzel. On conçoit de suite combien ce
devra encourager l'opérateur, et de quel poids il doit être dans la
nce, lorsqu'on sait juger les indications et les contre-indica-
d'une opération dans des cas aussi désespérés que celui de notre
de.

ette observation nous a paru intéressante à trois points de vue :
tant qu'exemple d'une ossification irrécusable, siégeant dans le
rien de l'œil, ce qui est peu commun ;
cause de l'impossibilité de diagnostiquer à l'avenir une ossifica-
irienne, et des embarras que l'on se crée en suivant pour l'opéra-
les préceptes de l'iridiotomie classique ;
fin, comme mettant au grand jour l'innocuité relative des opéra-
mêmes graves, sur des yeux atrophiés depuis longtemps par
maladie.

Sarcôme ossifiant de la mâchoire inférieure.

Ugré les progrès incontestables de l'anatomie pathologique, il
encore beaucoup à faire au sujet des altérations intimes dont le
osseux peut être le siège. A ce titre, je crois que la pièce que
is vous montrer ne manquera pas d'un certain intérêt.

jeune homme de 18 ans, tisserand de profession, et d'une bonne
éducation, bien que maigre et pâle, vint dans mon service pour se
opérer d'une tumeur qu'il portait à la mâchoire inférieure depuis
huit mois environ.

ette tumeur, née vis-à-vis des premières molaires gauches, a gagné
roche en proche, et aujourd'hui elle occupe la presque totalité du
de la mâchoire, s'étendant en bas et du côté de la bouche jusque
de l'os hyoïde. Son volume est égal à celui du poing. La consis-
en est uniformément dure, sauf sur le point correspondant à
nine gauche et vers le fond du sillon labio-gingival, où la masse
isse refouler, en produisant un bruit particulier, comme si des
cules osseuses se brisaient sous le doigt. La peau et la muqueuse
ent librement sur la tumeur. Nulle part, on ne perçoit des batte-
s ou du souffle, et la pression ne provoque aucune douleur. Pas
anglions engorgés et pas de douleurs spontanées.

à côté de l'hérédité, on n'a rien à signaler de saillant.

Les dents étant au complet sur la mâchoire inférieure, nous ne pouvions nous arrêter longtemps à l'idée d'un odontome.

Une exostose ou une hyperostose ne pouvaient pas non plus être admises, vu la croissance rapide de la tumeur.

Dès lors, on n'avait à se prononcer qu'entre une production carcinomateuse, un myéloplaxe ou une tumeur fibro-osseuse.

L'absence de tout engorgement ganglionnaire, la conservation de la santé générale, la solidité des dents, bien qu'elles fussent toutes implantées par leur racine dans la production morbide, et le défaut de toute douleur, nous ont engagé à éliminer de notre diagnostic une tumeur maligne, pour nous rattacher complètement à l'idée d'un ostéofibrome.

A l'aide d'une incision en fer à cheval, suivant le bord de l'os, et de deux traits de scie verticaux, nous avons pu, après dissection, enlever le maxillaire et avec lui la tumeur qui en faisait partie intégrante. Voici, messieurs, une coupe de cette tumeur.

On y voit une surface aréolaire, d'un rouge foncé, formée de trabécules osseuses, entre-croisées et séparées entre elles par une pulpe ou moelle rouge. On dirait la section d'un corps de vertèbres. A la surface de la tumeur, le tissu osseux est réduit en une coque extrêmement mince, que le scalpel entame avec la plus grande facilité.

Sans posséder de gros vaisseaux, cette tumeur était très-vasculaire; aussi, chaque coup de bistouri qui entamait celle-ci au moment de la dissection des parties molles, faisait sourdre une grande quantité de sang en nappe.

A l'aspect de cette tumeur, j'ai déclaré, en me fondant sur ce que nous savons au sujet des tumeurs à myéloplaxes, surtout d'après la thèse remarquable de M. Eugène Nélaton, que nous avions à faire à une tumeur de cette nature. Ne voulant pas me fier toutefois aux apparences, j'ai confié l'examen microscopique de la tumeur à MM. Cornil et Ranvier, dont chacun reconnaît la compétence, en ce qui regarde surtout les altérations propres au tissu osseux.

La réponse de ces messieurs a été que, malgré la coloration d'un rouge sombre de la tumeur et la présence d'une moelle rappelant, à s'y méprendre, la coloration splénique, ce n'était point à un myéloplaxe que l'on avait à faire, mais bien à ce que ces messieurs appellent un *sarcome ossifiant*. Voici, du reste, quelques mots d'explication sur la structure intime de la tumeur.

On sait, aujourd'hui, que la moelle des os est le point de départ d'une foule de lésions qui peuvent affecter le système osseux. Parmi ces lésions, il y en a d'un genre tout particulier, consistant dans le déve-

ient anormal d'éléments embryoplastiques dans la moelle. C'est une tumeur dite myéloïde des os ou *sarcome myéloïde*, qui, suivant le ou tel élément prédomine, prend le nom de tumeur à myéloplaxes (prédominance des myéloplaxes), et celui de *sarcome ossifiant*, si, outre les éléments embryoplastiques, des travées osseuses se forment. Une particularité digne de remarque, c'est que les vaisseaux capillaires nombreux qui sillonnent habituellement ces tumeurs ont des parois très-minces, sont variqueux et irréguliers sur plusieurs points de leur continuité; c'est-à-dire qu'ils offrent les caractères des vaisseaux capillaires embryonnaires. Cette disposition des vaisseaux explique la vascularité de ces tumeurs et aussi les kystes qui se forment souvent dans leur intérieur, à mesure que la tumeur se ramollit. Le prétendu anévrisme des os n'est souvent que la conséquence de cet état.

La tumeur que j'ai l'honneur de présenter à la Société est donc constituée principalement par des cellules embryoplastiques, dont un grand nombre se sont transformées déjà en cellules fibroplastiques, les myéloplaxes peu nombreuses, en fibrilles de tissu lamineux et aussi en îlots de tissu osseux.

Une chose très-remarquable, c'est que la production d'un tissu osseux nouveau, au milieu des éléments embryoplastiques. C'est là tout ce qui se passe dans l'intérieur des bourgeons charnus provenant d'une surface d'os dénudé ou enflammé, avec cette différence que ce travail, lorsqu'il s'agit d'une tumeur, n'aboutit jamais à la guérison, pour ainsi dire, en pure perte.

En résumé, cette observation nous paraît intéressante à deux points

principalement, elle prouve qu'il ne faut pas se fier à l'examen à l'œil nu pour se prononcer sur la nature myéloplaxique d'une tumeur, comme l'a fait Eugène Nélaton. Ici, malgré l'apparence splénique de la tumeur prétendue caractéristique, il s'agissait d'une tumeur embryonnaire contenant à peine quelques rares myéloplaxes.

En second lieu, elle montre qu'il s'agit dans ce cas d'une tumeur dont la structure est d'autant plus remarquable, qu'elle nous fait assister au développement de certaines tumeurs dites fongueuses ou myxomateuses des os, qui ont beaucoup embarrassé les chirurgiens à une certaine époque, et sur la nature desquelles des doutes planent encore dans la science.

ÉPILOGUE. La tumeur de M. Panas m'a rappelé une tumeur que j'ai présentée à la Société de chirurgie, il y a cinq ans. L'aspect de cette tumeur était tel que l'on devait songer à une tumeur à myélo-

plaxes, et cependant elle était uniquement constituée par des noyaux embryoplastiques. Cette tumeur siégeait sur un jeune sujet (17 ans), et elle n'avait mis qu'une année à se développer.

La séance est levée à six heures un quart.

Le Secrétaire, D^r LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

- Les journaux de la semaine.
- La *Gazette médicale de Strasbourg*.
- Le *Bulletin de thérapeutique*.
- *Étude comparative des statistiques médicales des hôpitaux de Rome et de Paris*, par le docteur Vacher. Paris, 1868.
- M. le bibliothécaire de l'Académie adresse à la Société la deuxième partie du tome XXVIII des *Mémoires de l'Académie de médecine*.
- *Contributions à l'histoire des fractures et luxations du rachis*. Thèse inaugurale, novembre 1868, par le docteur L.-D. Douillet.
- *Des divers modes de pansements par occlusion*. Thèse inaugurale, novembre 1868, par le docteur N. Gavrilenco.
- Trois brochures, sur les *Plaies d'armes à feu*, adressées par le docteur Giovanni Melchiori, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger.
- Le *Mexique au point de vue médico-chirurgical* (2^e volume), par le docteur Léon Coindet, médecin principal. M. Larrey rappelle que M. Coindet est candidat au titre de membre correspondant.

M. LEGOUEST présente, au nom de MM. Robert et Collin, fabricants d'instruments de chirurgie, une pince destinée à enlever les polypes laryngiens. Cette pince a été construite d'après les indications données par M. Cusco.

COMMUNICATION.

hypertrophie générale de l'utérus. Corps fibreux engagé dans le col. Tentative d'extraction.

ALLAUX. Par suite des fonctions qui lui sont dévolues, l'utérus tous les organes de l'économie, le plus exposé aux variations de forme, de rapports; la grossesse, la menstruation, les éléments sexuels l'entretiennent dans un état presque constant et d'irritation. Aussi les lésions dont il est affecté sont-elles fréquentes. L'hypertrophie, en dehors de la grossesse, bien qu'elle constitue l'une de ces lésions.

L'hypertrophie utérine peut être générale ou partielle, c'est-à-dire sur tous les éléments à la fois de la matrice ou sur l'un seulement de ces éléments; ainsi que l'hypertrophie partielle de la matrice peut engendrer les granulations, les kystes, les polypes muqueux, etc.; mais ce sont là des états pathologiques bien déterminés et on ne convient réellement pas le mot hypertrophie. Les lésions « *générale* et *partielle* » doivent plus justement s'appliquer à l'hypertrophie de l'un des éléments anatomiques de l'utérus, mais à la portion de la matrice dont le volume s'est accru. Ainsi qu'il existe une hypertrophie partielle du corps, une hypertrophie partielle du col, ou bien une hypertrophie générale de la ma-

trix. L'hypertrophie du col a encore reçu le nom d'allongement cervical, et a été, sinon découvert, au moins très-bien étudié par Juguier. Il porte sur l'une ou l'autre portion du col, sus ou infra-cervical, le corps gardant les proportions normales. Je ne m'en occuperai pas ici.

L'hypertrophie générale de la matrice est plus rare. M. Courty, dans son excellent ouvrage, donne une bonne idée de cet état pathologique, et dit : « La matrice se présente sous son aspect ordinaire, mais elle est volumineuse; on dirait une matrice appartenant à une femme de très grande taille. »

M. Courty, l'hypertrophie est toujours un état acquis, résultant d'une morbidité, d'une exagération de la nutrition normale, et non d'une disposition native.

L'hypertrophie utérine peut donc provenir d'un excès de développement congénital. C'est cet état que Kiwisch appelle *hypertrophie primitive* de côté cette variété, qui constitue plutôt un fait tératologique nous pensons, avec M. Courty, que l'hypertrophie de l'utérus doit être divisée en *essentielle* et en *symptomatique*.

La première espèce, ou *hypertrophie essentielle*, reconnaît, sans doute pour cause les congestions répétées de l'utérus; mais il faut bien invoquer une disposition spéciale de l'organe, puisque cet état est rare, eu égard à la fréquence des congestions.

Une autre cause, est le défaut d'évolution rétrograde que la matrice subit d'ordinaire à la suite de l'accouchement, état décrit par Simpson, qui le considère comme assez fréquent.

L'utérus, ayant subi pendant la grossesse une hypertrophie générale de tous les éléments anatomiques, conserve un volume anormal après l'accouchement, par suite d'un arrêt de l'absorption de ces éléments nouveaux, qui, de transitoires, deviennent ainsi définitifs.

L'*hypertrophie symptomatique* est intimement liée à la présence dans l'utérus d'autres états morbides, tels que polypes, corps fibreux.

Ces quelques considérations vont permettre de mieux saisir les particularités du fait suivant.

Le 5 mars 1868, la nommée J... (Catherine), âgée de 47 ans, se présentait à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine pour se faire soigner de pertes utérines qu'elle éprouvait depuis quelques jours.

Le toucher, pratiqué immédiatement, me permit de constater une dilatation du col, de la dimension d'une pièce de 1 franc, et la présence d'une production morbide remplissant entièrement cet orifice. Je crus à un commencement d'expulsion spontanée d'un corps fibreux, et reçus cette malade dans la salle Sainte-Madeleine, n° 10. Le lendemain, matin, je constatai ce qui suit :

L'état général est peu satisfaisant; car, depuis plusieurs jours, les pertes utérines sont continues. La teinte de la peau est jaune, presque cachectique, et les forces épuisées. L'attention est particulièrement attirée sur l'état de la cavité abdominale. Les parois très-minces de cette cavité permettent de sentir aisément une tumeur occupant tout l'hypogastre, la région ombilicale, une partie de l'épigastre et se prolongeant latéralement dans les fosses iliaques. Le ventre rappelle celui d'une femme enceinte de sept mois environ. Cette tumeur est très-dure, parfaitement lisse sur toute son étendue et d'une mobilité extrême dans la cavité abdominale, où elle est en quelque sorte flottante. A l'aide du toucher, on constate la dilatation du col dont j'ai déjà parlé, ainsi que la production qui le remplit. L'utérus n'est pas abaissé.

C'est bien cet organe qui remplit la cavité abdominale; car le plus petit mouvement provoqué par le palper hypogastrique est transmis au col. Ces explorations ne sont nullement douloureuses. La malade

ut abondamment, je ne crus pas devoir compléter le diagnostic à du cathétérisme utérin.

pris que le début remontait à une quinzaine d'années environ, depuis cette époque apparaissaient les pertes périodiques, plus vives abondantes, qui avaient contraint, à plusieurs reprises, la le à un repos absolu. Cependant, la perte actuelle dépassait, en ité, les pertes précédentes. Un renseignement, sur lequel j'ap- spécialement l'attention, nous étonna au plus haut point. La tu-, d'après la malade, fort intelligente, du reste, est soumise à des tions périodiques dans son volume. Elle arrive au degré où on la aujourd'hui, puis elle diminue, descend peu à peu, arrive au , pour devenir à peine appréciable à la vue et au toucher. Dans emières années, il ne restait même absolument aucune trace de ment. J'avoue qu'en considérant la dureté excessive de l'utérus, crus pas à ce récit, et pour m'assurer de sa véracité, je traçai es jours une ligne exacte de démarcation sur la paroi abdomi- avec un crayon de nitrate d'argent. Il fallut bien les jours sui- convenir que la malade avait raison; car les courbes devinrent as en plus concentriques, et nous pûmes finalement constater iminution d'à peu près les deux tiers. Pendant ce temps, les i continuaient, et la malade, devenant de plus en plus anémique, tait à peine quelques mouvements dans son lit. Enfin, après dix environ de séjour à l'hôpital, le sang cessa de couler, et la ma- nous annonça que nous allions voir sa tumeur augmenter de nou- en même temps que sa santé générale s'améliorerait sensible-. C'est ce qui arriva en effet rapidement; car l'utérus mit, pour ndre son volume primitif, une durée bien moindre que celle qu'il mise à décroître. Bref, l'examen attentif et prolongé de cette le nous conduisit à cette certitude : tous les mois, à l'époque des i, survenaient des pertes plus ou moins abondantes, accom- ies de malaise général, d'affaiblissement extrême, et pendant ce la tumeur abdominale diminuait. Les pertes disparues, la santé enait satisfaisante, et la tumeur augmentait.

is d'un mois après l'entrée de la malade à l'hôpital, le toucher al donnait le même résultat qu'au début. La dilatation du col it pas varié, non plus que la partie qui y était engagée. Du reste, avait jamais eu de douleurs expulsives.

n diagnostic avait été : corps fibreux de l'utérus. Il me manquait fois la notion importante fournie par le cathétérisme utérin, que sais pratiquer durant les pertes et que la malade aurait difficile- accepté penlant sa période de bien-être.

Sans expliquer les oscillations si singulières de la tumeur, différentes hypothèses furent émises. Suivant les uns, le sang s'épanchait dans les cavités kystiques et se déversait au dehors. Suivant d'autres, le sang s'épanchait peu à peu entre la paroi utérine et la tumeur elle-même. Mais ces hypothèses ne pouvaient pas être exactes. Puisque, en effet, l'amélioration de la santé coïncidait avec l'augmentation de la tumeur, c'est que le sang ne sortait pas des vaisseaux, sans quoi la malade aurait éprouvé les symptômes d'une hémorragie interne. Les variations de la tumeur dépendaient évidemment de phénomènes congestifs. Mais où se faisait cette congestion ? dans le corps fibreux sans doute. De ces différentes hypothèses, aucune n'était vraie.

Mon collègue M. Laboulbène, auquel je fis part de ce cas remarquable, voulut bien prendre la malade dans son service, afin d'étudier par lui-même les phénomènes que j'ai signalés. Il la garda plusieurs mois dans ses salles, et constata aussi les variations périodiques de la tumeur.

Cependant, la malade s'affaiblissait de plus en plus, la période réparatrice diminuant à l'avantage de la période des pertes. Elle demandait instamment une opération quelconque, qui la débarrassât, et M. Laboulbène réclamait également l'intervention de la chirurgie. J'avoue que l'obscurité du diagnostic éloignait de moi la pensée d'agir activement.

La malade étant rentrée dans mon service le 22 septembre, j'attendis la bonne période, et le 13 octobre, je pratiquai, pour la première fois, le cathétérisme utérin, assisté de M. Laboulbène. Une sonde en gomme élastique, munie d'un mandrin, aisément introduite entre la lèvre du col et la tumeur qui y était incluse, fut portée à une profondeur de 10 à 12 centimètres environ dans la cavité utérine et put décrire une demi-circonférence autour du prolongement cervical. Nous en conclûmes que si le corps fibreux était adhérent sur certains points, il était au moins libre sur une grande partie de sa surface; conclusion aussi peu exacte que le diagnostic lui-même. Je signalerai dans un instant la cause d'erreur.

L'extirpation par le vagin était irréalisable, dans l'hypothèse d'un corps fibreux ordinaire. Comment, en effet, faire sortir par les voies naturelles une tumeur dure, remontant, à trois travers de doigts, au-dessus de l'ombilic ? L'extirpation par la cavité abdominale n'était pas plus rationnelle, puisque la tumeur ne proéminait pas vers le péritoine, mais au contraire était engagée dans le col utérin.

Une seule hypothèse pouvait autoriser l'intervention chirurgicale, c'est la suivante : puisque la tumeur subissait des oscillations con-

les dans son volume, puisque, selon moi, ces oscillations étaient la congestion du corps fibreux, ou du moins du corps inclus, et ce corps n'était pas, en réalité, aussi dur qu'il le paraissait au toucher abdominal. Peut-être même n'était-ce pas un corps fibreux, mais une de ces tumeurs molles, vasculaires, grisâtres, de nature, soit glandulaires, analogues à celles dont j'avais vu deux fois le professeur Gosselin faire l'extirpation. Dans cette hypothèse, la tumeur morbide, quoique très-volumineuse, fortement saisie avec les pinces, pourrait sortir par le col et le vagin, comme à travers le diaphragme.

Dans l'espoir de rencontrer une disposition semblable, que je m'adressai à l'opération, pratiquée en présence de mes collègues de l'Hôtel-Dieu, MM. Axenfeld, Laboulbène et Millard.

Après l'écoulement complet du col et l'accolement de ses lèvres avec la tumeur, rendant la dilatation impossible, je fis quatre petits débridements sur son pourtour. L'étroitesse et la profondeur du vagin rendirent les manœuvres assez laborieuses, et j'eus quelque peine à introduire une pince de museux sur la tumeur. Les tractions, d'une forte pression sur l'abdomen, ne firent pas descendre la tumeur d'un millimètre. Le tissu se déchirait. Je pus, néanmoins, lui faire, l'une au-dessus de l'autre, trois pinces de museux et faire une traction énergique; un morceau de la tumeur se détacha, et ce fut avec un peu de peine que je renonçai à poursuivre, et la malade fut reportée dans son lit. Les suites immédiates furent simples. Journée et nuit qui suivirent, très-bonnes. La malade ne eut ni hémorrhagie. Cependant la malade, arrivée à la période de réaction de l'anémie, s'éteignit le troisième jour, sans avoir éprouvé de douleurs.

Autopsie. Quelques anses intestinales présentaient l'aspect poisseux de la péritonite au début. Aucun épanchement dans le petit bassin. La tumeur en totalité avec le vagin.

Les dimensions étaient les suivantes :

Longueur verticale, 20 centimètres.

Largeur transversale, 18 centimètres.

Épaisseur antéro-postérieure, 10 centimètres.

Poids était de 2 kilogrammes. Son volume total représentait à peu près celui d'une tête de jeune garçon de 8 à 10 ans.

La surface extérieure, de couleur gris-blanchâtre, était parfaitement lisse, sauf en deux endroits, où se trouvaient des corps fibreux : l'un pédiculé, du volume d'une noix ; l'autre sessile, du volume d'une noix. La tumeur n'avait contracté d'adhérence qu'à sa partie supérieure, avec le diaphragme.

Une coupe verticale, pratiquée sur toute la hauteur de la face antérieure, nous permit de constater, à notre grand étonnement, que cette masse n'était autre chose que l'utérus hypertrophié.

De corps fibreux, il n'y en avait point, ou du moins le premier examen avec M. Laboulbène ne nous en fit pas découvrir. La portion engagée dans le col paraissait être une dépendance de la paroi latérale droite de l'utérus, une prolongation du tissu utérin lui-même. Mais en examinant plus tard en détail, et surtout en faisant une coupe sur cette espèce de champignon engagé dans le col, il fut aisé de constater la présence d'un véritable corps fibreux, ayant le volume et la forme d'un œuf de poule à grosse extrémité dirigée en haut et recouverte par les fibres de l'utérus, à petite extrémité engagée dans le col. La coupe permit encore de voir qu'il n'avait, par sa grosse extrémité, aucune connexion avec le tissu de l'utérus dont il était séparé par une surface séreuse.

La pièce présentait donc deux états morbides distincts : un utérus énormément hypertrophié et un petit corps fibreux engagé dans le col.

Nous trouvâmes, au premier coup d'œil, en examinant la coupe de la paroi utérine, l'explication du phénomène qui nous avait tant intrigués; je veux parler des variations périodiques dans le volume de la tumeur. Le tissu de l'utérus était traversé par des canaux multipliés à l'infini, dont quelques-unes avaient bien un centimètre de diamètre; c'était un véritable tissu spongieux.

En même temps que les parois utérines étaient hypertrophiées, la cavité était agrandie; c'était donc une hypertrophie excentrique.

Les dimensions étaient les suivantes :

Épaisseur de la paroi antérieure, 5 centimètres.

Épaisseur de la paroi latérale, 7 centimètres.

Épaisseur du fond de l'utérus, 8 centimètres.

Hauteur de la cavité utérine, 12 centimètres.

Cet agrandissement de la cavité utérine, joint à la présence d'un corps fibreux dans le col, explique, je pense, la notion inexacte que nous avait fournie le cathétérisme.

J'ai fait à l'amphithéâtre des hôpitaux, avec M. Ducoudray, un certain nombre de préparations microscopiques, qui nous ont démontré que le tissu de cet utérus était entièrement composé de fibres musculaires lisses. Le corps fibreux contenait quelques fibres musculaires de même nature; mais un beaucoup plus grand nombre d'éléments fibro-plastiques.

Cette observation me paraît offrir un grand intérêt, à divers points

J'ai dit en commençant que l'hypertrophie générale de l'utérus ait en essentielle et en symptomatique. A laquelle des deux en avons-nous affaire ici ? Si l'on se tient à la définition que j'en ai, il n'est pas douteux qu'on doive classer ce fait parmi les ophies symptomatiques, puisqu'il existe un corps fibreux dans é utérine. Toutefois, en examinant la pièce, en considérant ce rps fibreux et cet énorme utérus, on est étonné que le premier rovoquer le développement du second ; je n'en suis pas, pour mpte, parfaitement convaincu, et je pense que d'autres obser- seraient nécessaires pour faire admettre autre chose qu'une nce. Cette hypertrophie symptomatique se concevrait plus aisé- l'utérus avait tenté de vains efforts, pendant de longues années, passer ce corps étranger ; mais j'ai déjà dit que la malade jamais éprouvé de douleurs expulsives.

othèse d'une hypertrophie par arrêt d'évolution rétrograde, ie l'a décrite Simpson, ne pouvait pas être émise, car la ma- avait jamais eu d'enfant.

nous sommes trouvés en présence d'un symptôme fort insolite, ntation et la diminution périodiques de la tumeur. Les auteurs tent de l'hypertrophie utérine n'ont pas noté ce signe. Il serait aute utilité de savoir s'il est constant dans les cas de ce puisqu'il donnerait au diagnostic une grande précision. Les s étant très-peu vasculaires et par conséquent incapables de e ces variations de volume, on pourrait peut-être, lorsqu'il y idence d'une hypertrophie et d'un corps fibreux, reconnaître revient à l'un et à l'autre de ces états morbides, par la différence me de la tumeur, avant et après la période de congestion.

thérapeutique chirurgicale tirerait, certes, un grand bénéfice de n plus rigoureuse du diagnostic.

DISCUSSION

ESPÈRES. J'ai observé à l'hôpital de Lourcine deux malades qui senté les mêmes phénomènes que M. Tillaux a remarqués chez ie. J'avais d'abord pensé à l'existence de corps fibreux, qui diminué considérablement de volume, comme dans le cas par M. Béhier à la Société de médecine des hôpitaux. J'aban- bientôt cette manière de voir, et je pus me convaincre qu'il it de rétention du sang dans l'utérus, par suite de la déviation rgane.

Une de mes malades, après une époque prolongée, vit disparaître la tumeur; on ne sentait plus rien au niveau de l'hypogastre.

Deux mois après, il était de nouveau facile de sentir une tumeur grosse comme le poing; puis un mois plus tard, tout avait de nouveau disparu, et la malade quittait l'hôpital, ayant un utérus parfaitement normal.

Dans le deuxième cas, il existait une antéflexion de l'utérus. L'utérus avait doublé de volume, les souffrances étaient très-vives. Au bout de deux jours, le sang, en partie coagulé, sortit tout d'un coup. Et tout rentra dans l'ordre.

En me rappelant les travaux de M. Puech, et en comparant le fait de M. Tillaux avec ceux qui ont été cités par ce médecin, je pense qu'il s'agit là d'un cas d'hypertrophie de l'utérus, développée par suite de l'écoulement incomplet des règles. L'écoulement était rendu difficile, à cause de l'existence d'un corps fibreux au niveau de l'union du col avec le corps.

A chaque époque, l'utérus était obligé de se contracter violemment pour chasser le sang; de là est venue l'hypertrophie de ses fibres. Plus tard est arrivée une période où l'écoulement sanguin a été très-abondant; car cet écoulement était constitué par le sang des règles accumulé dans l'utérus, et par le sang qui s'écoulait sous l'influence d'un corps fibreux développé dans l'épaisseur de la paroi utérine.

M. GUÉNIOU. Dans l'observation de M. Tillaux, il y a deux faits importants à noter : 1° l'hypertrophie du tissu utérin; 2° les modifications alternatives survenant dans le volume de l'utérus.

Il faut d'abord remarquer que cette hypertrophie est très-considérable. L'utérus pesait 2,000 grammes, et dans la moyenne des cas d'hypertrophie, il ne dépasse pas 800 à 1,000 grammes.

Relativement à la cause productrice de l'hypertrophie, je dois faire observer qu'il existe une disproportion très-grande entre cette hypertrophie et le volume du corps fibreux, de sorte que je ne pense pas qu'on puisse rattacher l'hypertrophie à la présence du corps fibreux. Il me paraît légitime d'admettre là une cause que, il faut bien l'avouer, nous ne pouvons encore préciser.

M. Després pense que les efforts de contraction de la matrice à l'époque de la période menstruelle suffiraient pour expliquer ce développement anormal. Je ne pense pas qu'on puisse invoquer une pareille raison, car les règles coulaient et la tumeur fibreuse n'obstruait pas le canal cervical.

Le second point, celui qui est relatif aux modifications alternatives

rensaient dans le volume de l'utérus, à l'époque de la mens-
e, est très-intéressant, à propos de la question d'influence que
oir la présence du corps fibreux sur la grossesse.
Guyon et Bailly ont fait connaître à la Société des cas ana-

mmes qu'ils avaient observées présentaient une augmentation
rus à chaque période menstruelle. La matrice renfermait un
rps fibreux. Lorsque la période menstruelle était terminée,
ice diminuait notablement de volume.

uyon a interprété ces changements de volume de la manière
e. Il a cru à l'augmentation du corps fibreux sous l'influence de
ituation.

ru pouvoir répondre à M. Guyon que ces faits ne devaient pas
reprétés de cette façon. Je pense que l'on doit rapporter l'aug-
on de volume au tissu utérin lui-même qui, peut-être déjà,
cquis un certain degré de développement par suite de l'exis-
rps fibreux.

ois que les faits de MM. Guyon et Bailly doivent être inter-
le cette façon, et le fait de M. Tillaux me paraît donner, à cette
e de voir, une confirmation pleine et entière. Il est évident que,
dernier cas, le changement de volume était bien dû au tissu

Je pense donc pas qu'on soit autorisé à admettre d'après ces
e les corps fibreux se ramollissent et augmentent de volume
t les époques menstruelles.

RESUMEUX. Le fait rapporté par M. Tillaux me rappelle un
j'ai observé, il y a longtemps, avec Chomel. Il s'agissait d'une
hez laquelle on sentait une tumeur considérable, qui apparais-
niveau du bas-ventre à l'époque menstruelle. Puis une hémor-
se déclarait, elle était abondante et souvent suivie de syncope.
eur disparaissait, et le mois suivant, on observait la même
ion de phénomènes.

La dame a guéri après plusieurs années.

Je me souviens à l'occasion d'observer plusieurs corps fibreux considérables,
: eu l'air de diminuer très-notablement; mais je crois, avec
biot, que c'est bien plutôt l'utérus hypertrophié qui a diminué
me que le corps fibreux lui-même. L'accroissement temporaire
à la congestion et quelquefois à l'inflammation de la matrice.
: certains cas, l'on peut croire à la diminution d'une tumeur
e, parce que celle-ci s'est enfoncée dans le petit bassin et est
accessible aux moyens d'exploration.

M. TRÉLAT. Je crois que les observations de MM. Désormeaux et Després n'ont qu'un rapport éloigné avec le fait qui nous a été présenté.

M. Després, pour expliquer l'hypertrophie, a signalé une cause qui est bien réelle. Chaque fois, a-t-il dit, que l'ouverture d'un réservoir est rétréci, les parois de ce réservoir s'hypertrophient. Oui, ceci est vrai; mais ce n'est pas applicable au cas de M. Tillaux.

Chez la malade de M. Tillaux, il n'y a jamais eu d'accidents de rétention, ni rétention véritable.

Je dis, d'autant plus volontiers, que cette explication n'est pas valable pour les cas de ce genre, que j'ai eu l'occasion d'observer trois cas remarquables d'hypertrophie de l'utérus, et dans aucun d'eux, on ne pouvait invoquer une pareille étiologie.

Dans un de ces cas, la malade avait été reçue dans le service de M. Nélaton, dont j'étais alors l'interne. Le diagnostic était très-difficile, et M. Nélaton avait prié plusieurs confrères, entre autres M. Paul Dubois, d'examiner la malade.

M. Dubois penchait vers l'existence d'une grossesse; mais M. Nélaton s'éloignait de cette idée.

La malade succomba après deux mois de séjour dans le service, et l'on put constater quelle était la véritable lésion.

Il n'y avait pas traces de corps fibreux; mais il existait une véritable hypertrophie qui portait presque exclusivement sur la paroi postérieure de la matrice.

J'ai observé deux autres cas qui me permettent de dire qu'il existe des hypertrophies en dehors de la grossesse. J'ai enlevé avec M. Axenfeld une tumeur hypertrophique énorme du col utérin. J'en ai enlevé une autre moins considérable.

Dans le fait de M. Tillaux, il faut le remarquer, l'hypertrophie était générale, non limitée à un point, comme dans la plupart des cas.

Je me résume en disant que l'on ne peut accepter l'hypothèse physiologique proposée par M. Després, et qu'il faut bien reconnaître que dans ces cas il s'agit d'une hypertrophie datant généralement de loin et développée sous l'influence de causes qui nous échappent encore.

M. DESPRÉS. Si j'avais des pièces pathologiques, sur lesquelles je montrerais le sang retenu dans l'utérus, mon hypothèse serait une réalité. Cependant, en considérant bien l'état de la malade de M. Tillaux, l'état de la pièce, et surtout en les comparant avec ce qui se passe pour d'autres malades atteints de rétrécissement arrêtant l'écoulement des liquides normaux, on arrive à la conclusion que dans ce cas le sang ne s'écoulait pas normalement.

A. Trélat et Guéniot disent qu'il n'y avait pas de rétention du sang, puisqu'il s'écoulait du sang et même des caillots. Mais ces faits mêmes sont une preuve de la rétention du sang dans l'utérus. Quand j'examine, en effet, des malades au spéculum, pendant qu'elles ne perdent, je vois quelquefois sortir des caillots par le col. Il suffit alors que l'on ait vu la matrice augmenter, puis diminuer, et que la diminution coïncidât avec une perte de sang, pour qu'on admette la rétention.

En autre égard, la rétention complète du sang des règles dans l'utérus de la malade n'est pas nécessaire. La malade peut avoir ses règles pendant les premiers jours *par regorgement*, puis, progressivement, la résistance étant vaincue, les règles coulaient. Alors l'hypertrophie de l'utérus s'explique comme l'hypertrophie de la vessie, chez des individus qui ont un rétrécissement de l'urèthre, sans avoir jamais eu de rétention complète d'urine.

GUYON. Je désire faire une petite rectification à ce que vient de dire M. Guéniot. La tumeur fibreuse, dont j'ai entretenu la Société, n'était pas plus fort petite, mais au contraire fort volumineuse.

Je trouve l'interprétation donnée par M. Guéniot, pour expliquer l'augmentation de volume, aux époques menstruelles, fort logique, mais, d'après moi, je crois avoir bien constaté que c'était la tumeur fibreuse même qui augmentait de volume et non la matrice.

Les cas d'hypertrophie cités par M. Tillaux, par M. Trélat, ne sont pas à l'appui de la manière de voir de M. Guéniot, ils sont tout à fait indépendants de l'existence d'un corps fibreux.

Després vient de dire que dans les faits qu'il a observés, il existait réellement une rétention des menstrues, et il a attribué cette rétention à un rétrécissement qui existait à la jonction du col et du corps de l'utérus. Mais ce rétrécissement, il ne l'a pas démontré.

J'ai observé un grand nombre d'utérus, eh bien ! je dis que cette rétention est excessivement rare. Je n'ai rencontré les rétrécissements de l'isthme de l'utérus que trois fois sur le cadavre et, en même temps, il y avait une déviation. C'était, dans tous les cas, une rétro-flexion ou atéro-flexion, c'est-à-dire une véritable torsion du col ; mais je n'ai jamais vu d'antéflexion compliquée de rétrécissement. Cette déviation peut jamais aller assez loin pour empêcher la cavité du corps de communiquer librement avec celle du col, ou du moins pour produire un rétrécissement permanent.

DEMARQUAY. J'ai eu occasion d'observer dernièrement une hypertrophie considérable de l'utérus, compliquée de kyste dans l'épaisseur de la paroi utérine, sans que j'aie pu trouver l'épine. Le corps

Abreux qui aurait été le point de départ de cette hypertrophie.

Dans mon service, entra, il y a quelque temps une dame de 40 ans, vierge, qui me fut envoyée pour subir l'opération de l'ovariotomie. J'examinai la malade, je constatai l'existence d'une tumeur ovalaire, volumineuse, qui remplissait une grande partie de l'abdomen. Les règles avaient toujours été régulières, mais la santé était notablement modifiée.

Je fis une ponction et je retirai six litres de liquide.

D'autres confrères avaient vu la malade et tout le monde avait admis l'existence d'un kyste de l'ovaire.

Je pratiquai l'opération en faisant l'incision de l'abdomen sur la ligne médiane; une première ponction avec un gros trocart n'amena que du sang; une seconde ponction fit sortir une certaine quantité de liquide, mais la tumeur ne perdit pas notablement de son volume; je fus obligé d'agrandir l'incision de l'abdomen, et je constatai que j'avais affaire à un utérus considérablement hypertrophié. Je terminai néanmoins l'opération.

M. DEPAUL. Il y a un point qui a été soulevé dans cette discussion, c'est celui relatif à la réalité de l'hypertrophie de la matrice, en dehors de la grossesse. J'ai écouté avec plaisir les faits relatés par M. Trélat, parce qu'il y a quelques années encore, on professait que ces hypertrophies ne pouvaient exister. J'ai été élevé dans ces idées; mais, plus tard, il m'a bien fallu me rendre à l'évidence des faits.

Pour prouver que cette hypertrophie peut s'observer dans quelques circonstances assez particulières, je ne citerai qu'un seul exemple.

Il y a quelques années, je fus appelé à voir une jeune femme, âgée de 24 ans environ, qui était accouchée depuis six mois.

Elle souffrait dans le ventre, ne pouvait pas marcher et perdait en blanc.

La palpation à travers la paroi abdominale laissait constater l'existence d'une tumeur médiane, allongée, et je crus que j'avais sous les yeux un utérus distendu par un produit de conception. Le col était un peu plus gros que dans l'état normal, il était un peu plus béant.

Cette dame était nourrice, et cette circonstance a une très-grande importance. Depuis cette première observation, en effet, j'ai vu plusieurs fois des hypertrophies de la matrice pendant la nourriture; aussi il reste, pour moi, bien établi que l'allaitement ne contribue, en aucune façon, à hâter le retour de la matrice à son état normal.

Je demandai à cette dame si elle pensait être enceinte; elle me ré-

it que cela était impossible, et j'avais toutes raisons de croire à l'exactitude de ses paroles.

pendant l'utérus était bien volumineux comme dans une grossesse de quatre mois et demi à cinq mois. Cette dame n'avait pas eu de grossesse depuis le commencement de sa première grossesse.

La dame me vint de juger la question à l'aide du cathétérisme utérin, je ne me servis jamais qu'avec une extrême réserve. Au bout de deux ou quatre jours, je revins voir cette dame et je trouvai les choses dans le même état. J'introduisis alors la sonde utérine et je la fis pénétrer facilement à plus de 10 centimètres.

Il s'agissait là d'une véritable hypertrophie comme celle qui accompagne la grossesse; il y avait épaissement des parois et élargissement de la cavité.

Je dis à cette malade qu'elle devait cesser d'allaiter son enfant; puis je la soumis au repos et j'employai quelques moyens résolutifs auxquels j'attachais une médiocre importance.

A partir de ce moment, je vis la matrice revenir sur elle-même, et chez une femme nouvellement accouchée; mais le retrait se fit lentement.

Les règles se rétablirent, la malade est devenue enceinte depuis; je l'accouchée, et après ce nouvel accouchement, l'utérus a repris ses dimensions habituelles dans le temps normal.

Quant à ce qui est des hypertrophies partielles, elles sont très-rares. Celles qui existent au niveau de la paroi postérieure de l'utérus sont surtout très-fréquentes.

COMMISSION DU PRIX DUVAL.

La Société procède à l'élection de cinq membres chargés d'examiner les mémoires qui ont été adressées à la Société par le concours du prix.

Cette commission sera composée de MM. Cruveilhier fils, Marc Sée, Liot, Duplay et Tarnier.

COMMUNICATION.

I. LEGROS et ONIMUS communiquent un mémoire intitulé : *Sur le moyen de combattre les accidents dus au chloroforme par les courants électriques continus.*

Cet travail est renvoyé à une commission composée de MM. Liégeois et Liot.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. DEMARQUAY présente un malade auquel il a pratiqué la *trachéotomie pour une tumeur syphilitique du cou*.

M. TILLAUX. J'ai fait une opération analogue sur un jeune homme qui avait des accidents syphilitiques et chez lequel il survint un œdème des cordes vocales.

Ce malade a guéri, mais il a conservé très-longtemps la canule.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. DÉSORMEAUX présente une pièce de *spina-ventosa* du péroné, au sujet de laquelle il communique l'observation suivante, recueillie par M. Bloch, interne dans son service.

Spina-ventosa du péroné.

La nommée B... (F.), âgée de 36 ans, entre à l'hôpital Necker, le 4 novembre 1868, salle Sainte-Marie, n° 13, pour une tumeur de la jambe droite.

La malade a commencé, au mois de mars 1866, à ressentir de vives douleurs, sous forme d'élançements, à la partie supérieure et externe de la jambe droite. Au mois d'août suivant, la malade découvrit, dans le point douloureux, une tumeur dure, du volume d'une noisette. Il résulte des détails qu'on obtient de la malade que cette tumeur avait son siège au tiers supérieur du péroné. Cette tumeur fit peu de progrès jusqu'au mois de mars 1868. Dans cette intervalle, la malade devint enceinte, et, pendant toute la durée de la grossesse (du mois d'avril 1867 au 4 janvier 1868), la tumeur, qui jusque-là était le siège de vives douleurs, devint complètement indolente et resta stationnaire. Ce ne fut que deux mois après l'accouchement, au mois de mars 1868, que la tumeur augmenta d'une manière évidente et redevint douloureuse.

Le 27 mai 1868, la malade se présenta à la consultation; mais ne voulut pas entrer à l'hôpital. A ce moment, la tumeur avait déjà acquis un volume considérable; la peau qui la recouvrait était saine; elle n'était pas douloureuse à la pression; mais elle était, par moments, le siège d'élançements, de pincements, de tiraillements extrêmement douloureux, surtout pendant la nuit.

Le volume de la tumeur augmentant rapidement, la malade se décide à entrer à l'hôpital, le 4 novembre 1868.

A ce moment, la tumeur occupe presque toute la circonférence du

ne laissant libre que le tibia, et faisant saillie surtout dans externe et postérieure. La peau qui la recouvre présente des violacées, sillonnées par des capillaires dilatés. Les veines sont également le siège d'une dilatation considérable, qui s'étend assez loin dans les régions voisines. Cette dilatation date du début de la tumeur. La consistance de cette tumeur est presque partout la même, excepté dans le point le plus saillant, où elle offre une fluctuation.

À différents points, on trouve à sa surface des plaques d'induration. Elle n'est pas douloureuse à la pression ; mais elle est accompagnée de violentes douleurs spontanées. Elle s'étend de haut en bas, de l'angle inférieur du creux poplité jusqu'au niveau de la réunion moyenne avec le tiers inférieur de la jambe. Son volume entier est comparé à celui d'une tête d'adulte. On peut assez facilement sentir le toucher les bords antérieur et interne du tibia, qui ne participent pas à la lésion. Les ganglions du creux poplité et du creux de la cuisse sont sains.

Plusieurs mois, la malade avait le pied engourdi et presque insensible, au point de ne plus sentir le sol en marchant. Deux mois après son entrée à l'hôpital, la marche devint complètement impossible. Au mois d'août, la malade a subi un amaigrissement considérable. L'appétit s'est pourtant conservé. La face est pâle, mais elle présente la teinte caractéristique de la cachexie cancéreuse. Dans les derniers mois, il y a eu de fréquents accès de fièvre, surtout le soir. Avant ses antécédents, la malade a eu la fièvre typhoïde à 21 ans, et à l'âge de 1853, une chute sur la jambe droite ; mais il n'en est pas résulté de fracture, et la marche n'a pas été interrompue ; il n'en est résulté aucune douleur persistante.

Le 10 novembre, la tumeur augmente rapidement de volume ; son diamètre horizontal s'accroît de deux centimètres, et son extrémité antérieure s'élève en arrière, jusqu'au niveau de la ligne inter-malléolaire.

On diagnostique un *spina-ventosa* de nature colloïde ou fibro-plas-

matique. En raison de l'accroissement rapide de la tumeur, il n'était pas possible de retarder l'opération sans s'exposer à amputer le membre au point plus élevé, et M. Desormeaux pratique l'amputation de la jambe au tiers inférieur, le 10 novembre 1868.

On enlève la tumeur.

La tumeur fut disséquée le même jour.

On a conservé exactement les rapports de la tumeur avec le tibia

et le péroné, on en fit la section oblique d'arrière en avant et de dehors en dedans, en sorte que les os de la jambe furent sciés tous les deux verticalement en deux parties à peu près égales. Au moyen de cette section, on remarque que le péroné a été primitivement envahi, car toute la moitié supérieure est détruite. Il reste cependant à la partie supérieure une portion osseuse, qui semble être la tête du péroné, ayant subi une augmentation de volume.

La tumeur adhère au tibia; mais elle peut facilement en être séparée; puis en se reportant en arrière, elle refoule les muscles, ainsi que cela se constate par la dissection. La tumeur est dure et présente des incrustations calcaires dans sa partie profonde, du côté du tibia; mais à la superficie, elle est ramollie dans une étendue peu considérable, ainsi qu'on l'avait déjà remarqué avant l'amputation.

Les incrustations calcaires de la partie dure se sentent nettement au toucher et encore mieux lorsqu'on y introduit la pointe du bistouri. Les portions dures que l'on sentait à travers la peau sont pour la plupart des portions de la tumeur renfermant une plus grande quantité de sels calcaires. Nous avons examiné au microscope diverses parties de la tumeur, et nous y avons trouvé tous les éléments qui caractérisent une tumeur fibro-plastique.

En même temps, nous avons fait prier le docteur Ranvier de vouloir bien examiner plusieurs parties de la tumeur, et cet histologiste a étudié des parties dures et des parties molles de la tumeur, ainsi que différentes rondelles osseuses du tibia et du péroné avec le tissu qui y adhérerait. Voici la note qu'il a eu l'obligeance de nous communiquer :

Dans les fragments qui nous ont été apportés, on reconnaît l'existence d'un tissu formé par des cellules fusiformes, réunies de manière à constituer des faisceaux qui s'entrecroisent suivant différentes directions; au milieu de ce tissu, existe de l'infiltration calcaire sous forme de traînées ou d'aiguilles.

On constate aussi l'existence de quelques îlots cartilagineux peu étendus, qui subissent eux-mêmes presque tous l'infiltration calcaire.

Les fragments osseux du tibia et du péroné sont infiltrés d'un tissu en tout semblable aux masses périphériques.

Sarcôme fasciculé du périoste et du péroné infiltré de sels calcaires, avec petits îlots cartilagineux, reconnaissant pour cause une fracture?

Synonymie. — Tumeur fibro-plastique. Sarcôme fibroïde recurring de Paget.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, D^r LEON LADDE.

SEANCE DU 25 NOVEMBRE 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine.

2° Le *Journal dentaire*.

3° Le *Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de*

Bruxelles, premier fascicule du tome VII des *Mémoires des concours et des étrangers de l'Académie royale de médecine de Belgique*.

M. MONTTELS (de Mende), membre correspondant, adresse à la Société plusieurs observations intéressantes.

Amputation de la verge. — L'amputation de la verge a été faite en temps avec un couteau à amputation. Puis, le chirurgien a retourné la verge à sa partie inférieure, a renversé la muqueuse et l'a suturée par deux points de suture. Le résultat de cette opération a été satisfaisant.

Boiteux à marche aiguë. — M. Montels fait connaître deux cas de boiteux à marche très-rapide.

Le premier malade était affecté de cancer cutané de la joue, de l'aile du nez et de la paupière inférieure du côté gauche. L'autoplastie par lambeau d'un lambeau frontal fut pratiquée. La guérison parut et se maintint pendant deux mois. Au bout de ce temps la récidive eut lieu dans le globe oculaire et la mort arriva très-rapidement.

Un autre malade, il s'agissait d'un cancer épithélial de la joue. La cautérisation avait été employée plusieurs fois infructueusement. Montels enleva la tumeur à l'aide de l'écraseur linéaire. La guérison parut certaine pendant deux mois; mais bientôt la récidive eut lieu dans les ganglions sous-maxillaires du côté gauche, et le malade mourut rapidement.

Montels fait remarquer que, dans ces deux derniers cas, si l'on

retranche de la durée totale du mal la durée de temps de la guérison apparente, on trouve que le cancer épithélial de la face a été mortel au bout d'un an, et celui de la langue au bout de sept mois.

DISCUSSION.

Hypertrophie de l'utérus.

M. TILLAUX. Je désire répondre en quelques mots aux observations qu'ont bien voulu faire plusieurs de mes collègues sur ma communication.

L'hypertrophie générale de l'utérus, que je vous ai présentée, soulève, à mon avis, trois questions :

1° M'adressant à nos collègues qui s'occupent plus spécialement d'accouchements et de maladies utérines, je leur ai demandé si l'hypertrophie générale de l'utérus, portant sur le corps et le col, ne constituait pas, en dehors de la grossesse, une lésion extrêmement rare ;

2° Faut-il ranger ce fait parmi les hypertrophies symptomatiques, puisqu'il existait, en même temps que l'hypertrophie, un corps fibreux inclus dans une des lèvres du col, ou bien n'y a-t-il là qu'une coïncidence ; devons-nous conclure à une hypertrophie essentielle ?

3° Le symptôme qui nous a si vivement frappé, c'est-à-dire la variation périodique dans le volume de la tumeur, peut-il être considéré comme spécial à l'hypertrophie utérine ?

Ces diverses questions ne me paraissent pas avoir été résolues dans la dernière séance. M. Després a donné de la pathogénie et de la symptomatologie de la tumeur une explication qui n'est pas acceptable.

Pour lui, les choses se seraient passées de la manière suivante : le corps fibreux bouchait l'orifice de l'utérus et formait obstacle à l'écoulement des règles, qui, à chaque époque menstruelle, s'accumulaient dans la cavité utérine, la matrice, se contractant fortement pour vaincre cet obstacle, a fini par s'hypertrophier.

Il explique ainsi et les variations périodiques dans le volume et l'hypertrophie, qui est pour notre collègue symptomatique de la rétention du sang menstruel dans la cavité utérine.

Un certain nombre de raisons m'empêchent d'admettre cette explication.

Et d'abord, le sang coulait très-facilement, trop facilement même, puisque la malade avait des pertes abondantes.

Le corps fibreux oblitérait si peu l'orifice de la matrice, que j'ai pu, sans aucune difficulté, pratiquer le cathétérisme utérin avec une grosse sonde en gomme élastique.

malade n'avait jamais éprouvé de douleurs expulsives, ce qui arrivé si l'utérus se fût péniblement débarrassé de son contenu. hypothèse d'un épanchement de sang dans la cavité utérine ou une poche accidentelle avait été émise durant la vie de la malade etée pour la raison suivante: c'est que l'augmentation de volume elle, qu'il eût fallu un litre au moins de sang pour la produire. une telle hémorrhagie eût eu lieu, la malade, loin d'éprouver mélioration notable à ce moment, eût présenté les signes ordi- des hémorrhagies internes.

oute que si le phénomène a été obscur durant la vie, il ne l'est n présence de la pièce anatomique.

érus, traversé en tous sens par de gros sinus veineux, ressemble véritable éponge. Il ne peut y avoir doute pour ceux qui ont pièce; les variations de volume étaient manifestement le résultat ongestion utérine.

Després. Depuis la dernière séance, j'ai consulté les ouvrages teurs que j'avais cités. Dans le mémoire de M. Puech, j'ai lu vation d'une malade chez laquelle il existait une atrophie du col écoulement difficile des menstrues. L'incision du col fut pra- et la jeune fille se maria. Au bout de quelque temps, l'atrophie re- et avec elle les écoulements de sang plus ou moins incomplets. uite d'une troisième opération, la malade succomba, et M. Tru- Fontarce put pratiquer l'autopsie. Il existait un rétrécissement e à l'union du corps avec le col de l'utérus. On put constater nce de deux cavités, une grande au niveau du corps et une petite eau du col. Chez cette femme, l'utérus était notablement aug- de volume.

z la malade dont je viens de retracer l'histoire, il existait un le à la jonction du col avec le corps de l'utérus, et cette disposi- observait aussi chez la malade de M. Tillaux; on comprend donc uez cette dernière une hypertrophie se soit établie lentement, ssivement.

l'hésite pas à maintenir ma première opinion. Je voudrais savoir malade a présenté des règles douloureuses dès le jeune âge; s'il it été ainsi, on comprendrait facilement le développement lent ressif de l'hypertrophie.

Tillaux pense que le développement intermittent de l'utérus à l'accumulation du sang dans les veines volumineuses qu'il montrées; mais rien ne prouve ce qu'il avance.

s ce cas, l'hypertrophie a été due aux règles difficiles et à la ice du corps fibreux.

M. CHASSAIGNAC. Si j'avais eu l'honneur d'être consulté par M. Tillaux, pendant la vie de sa malade, j'aurais songé immédiatement à l'existence d'un corps fibreux. Dans le cas de corps fibreux, j'ai vu en effet quelques-uns de ces accidents de l'époque pré-menstruelle, et ces accidents embarrassent beaucoup les chirurgiens.

Une dame, qui était soumise à l'observation de notre regretté confrère le docteur Marcé, de Nantes, voyait survenir, dans la période qui précédait l'époque de ses règles, un développement considérable de l'utérus; puis, au bout de quelque temps, une perte abondante avait lieu, et tout rentrait ensuite dans l'état normal.

Ces phénomènes s'étant renouvelés à plusieurs reprises, la malade allait de mal en pis. Elle me fut alors adressée, et je fus témoin de l'une de ses crises. L'utérus devint gros, un peu douloureux, puis survint une perte abondante.

MM. Cruveilhier et Velpeau furent appelés en consultation. Le diagnostic ne fut pas précisé, et on résolut d'attendre une nouvelle crise. A la première période menstruelle, je pus introduire mon doigt dans l'utérus et sentir un corps fibreux, dont l'existence n'avait pas été soupçonnée.

Plus tard, le corps fibreux tomba en gangrène, fut éliminé par lambeaux et la malade guérit.

Les cas qui se rapprochent de celui-là et de celui de M. Tillaux sont encore trop rares pour que l'on ait la prétention d'en donner une description dogmatique.

Je crois qu'entre le fait de M. Tillaux et le mien, il y avait analogie, sous ce rapport que dans les deux cas, il existait un corps fibreux de l'utérus; mais le siège de ce corps fibreux était différent.

Je pense que, chez ma malade, il n'existait pas une hypertrophie pareille à celle que l'on a pu observer sur la pièce qui nous a été présentée par notre collègue.

Je ne puis me ranger à l'opinion défendue par M. Després. Pour expliquer le développement de l'hypertrophie, j'attache plus d'importance à la présence du corps fibreux qu'à la rétention des menstrues.

M. GUÉNIOU. M. Després insiste tellement sur son opinion et je suis si peu disposé à l'admettre, que je veux encore vous soumettre quelques observations.

Je veux d'abord vous rappeler que l'hypertrophie que vous avez eue sous les yeux était en dehors de toute proportion avec ce que nous observons habituellement. Nous savons que l'utérus hypertrophié physiologiquement, au terme de la grossesse, pèse à peine 1,000 grammes, tandis que la matrice qui nous a été présentée pesait le double.

metts bien que s'il existait une hypertrophie légère, comme on le voit souvent à la suite du développement des corps fibreux, on ne peut pas accuser, pour l'expliquer, l'atésie du canal cervical, la difficulté le réservoir aurait à expulser son contenu; mais la disproportion qui existe entre l'hypertrophie et les causes invoquées pour le développement rendent cette manière de voir inadmissible.

M. Després paraît embarrassé pour expliquer l'augmentation considérable de la matrice qui précède l'écoulement sanguin; il pense que la matrice diminue parce que le sang s'écoule au dehors. Il ne se rend pas compte cependant qu'un phénomène physiologique, pour ainsi dire, est la congestion de la matrice et de ses vaisseaux. A l'époque menstruelle la congestion de la matrice et de ses vaisseaux n'arrive pas en même temps que l'écoulement sanguin. C'est pour ainsi dire critique, il correspond à l'époque où la congestion tend à diminuer.

M. Després pense que les veines énormes que nous avons vues sous le microscope n'étaient pas capables, même lorsqu'elles étaient distendues, de faire l'augmentation de volume de la matrice qui a été observée. Eh bien! je pense qu'un utérus dans l'état où se trouvait celui que nous voyons par M. Tilliaux peut parfaitement être assimilé à un cylindre; or l'on sait quelle disproportion, quant au volume, il y a entre ce tissu pendant l'état de congestion et hors de cet état. M. Tilliaux demande si l'on doit attacher de la valeur au signe tiré de l'augmentation et de la diminution du volume de l'utérus.

Assurément, il faut attacher de l'importance à ce signe. On ne peut en effet, le rencontrer que dans deux circonstances: dans le cas de l'augmentation des règles ou dans celui de développement considérable du tissu veineux et, par suite, du tissu musculaire de l'utérus.

Admis, ce signe acquiert une très-grande valeur diagnos-

TILLIAUX. Si M. Després avait vu la malade, il croirait volontiers à la congestion, et il ne soutiendrait pas qu'il s'agit simplement de la réplétion de la cavité du corps de la matrice. D'ailleurs la capacité de cette cavité était très-peu considérable.

Je vois que le fait de M. Chassaignac présente avec le mien de nombreuses analogies; seulement, il a assisté à la période de début, tandis que j'ai vu la maladie à une période très-avancée.

DESPRÉS. M. Tilliaux m'a fourni un des meilleurs arguments qu'il soit possible d'invoquer, en me disant que depuis dix ans la tumeur augmentait. La tumeur a pris naissance, parce que depuis longtemps les règles étaient difficiles.

FRÉLAT. MM. Bernutz et Goupil ont consacré dans leur livre un

long article à la rétention des règles. Ils n'indiquent pas l'opinion soutenue par notre collègue. A-t-il la démonstration que toutes les fois qu'il y a eu rétention des règles, il y ait eu hypertrophie consécutive?

M. TARNIER. M. Tillaux nous a fait voir une hypertrophie considérable de l'utérus. Voilà le fait incontestable, indéniable.

Il existe un second fait intéressant, c'est l'augmentation et la diminution alternative de l'utérus. Quelle valeur faut-il accorder à ce symptôme? voilà ce que nous a demandé notre collègue, et l'on a peu répondu à sa demande.

Pour M. Desprès, c'est un signe de la rétention des règles.

Quant à moi, je me rapproche de l'opinion de M. Guéniot, je crois qu'il s'agit surtout d'une congestion.

Mais il ne faut pas voir là un symptôme nouveau, inconnu; c'est un fait qui a été observé par tous ceux qui se sont occupés de maladies utérines.

On sait qu'à l'époque menstruelle, l'utérus se congestionne, et quelquefois cette congestion détermine une notable augmentation de volume de l'organe qui peut doubler.

Une jeune fille vint me trouver, il y a quelques années, en me demandant si une jeune fille pouvait avoir une maladie de l'utérus. Je la touchai et trouvai le col ramolli. Le fond de l'utérus atteignait presque le niveau de l'ombilic. Je pensai à l'existence d'une grossesse. Mais des règles abondantes étant venues, la tuméfaction de l'utérus disparut; puis elle reparut de nouveau, pour cesser ensuite. Ces alternatives se reproduisirent un certain nombre de fois.

Depuis cette époque j'ai vu chez des jeunes filles ou des femmes mariées un grand nombre d'exemples analogues.

Ces jours derniers, j'ai observé un fait à peu près semblable à celui que je viens de rapporter.

Ces exemples démontrent d'une façon bien certaine que tous les mois il y a congestion de l'utérus, et cette congestion est d'autant plus grande, que l'utérus est déjà plus volumineux.

Je suis convaincu que les phénomènes observés par M. Tillaux étaient dus à la congestion qui avait lieu tous les mois à l'époque des règles.

On doit noter, en outre, que l'utérus peut augmenter de volume sous l'influence des rapprochements sexuels, sous l'influence aussi de causes pathologiques, en un mot sous d'autres influences que les époques menstruelles.

Ces congestions intermittentes peuvent quelquefois devenir perma-

et, pour interpréter l'augmentation de volume de l'utérus, il faut compter de la congestion.

Celui de la malade de M. Tillaux est comparable à l'utérus d'une femme qui viendrait d'accoucher; et le volume de l'utérus n'est pas augmenté de ce qu'il peut être après un accouchement; en effet, d'après M. Guéniot, je pense qu'après l'accouchement on peut avoir des utérus qui atteignent le poids de 1,400, 1,500 grammes et

ce qui pose la question de la tumeur fibreuse et du rôle de celle-ci par rapport aux accidents observés.

Il ne s'agit qu'il n'y a là qu'un simple fait de coïncidence, et je ne puis prétendre qu'il ait existé une gêne de la menstruation par obs-

PAUL. Je n'avais pas assisté au commencement de la communication de M. Tillaux, et je suis étonné que l'on discute autant sur ce fait; d'ailleurs, je l'avoue, est intéressant.

Je suis étonné qu'on ait l'air de donner comme nouveau le fait de la congestion de la matrice aux époques menstruelles.

Dans le cas actuel, il ne s'agit pas de cette augmentation pé-
nible; il s'agit d'une maladie rare, exceptionnelle, et qui n'a aucun rapport avec le fait que j'ai rapporté dans la dernière séance.

En effet tout à fait exceptionnel de voir ce qui existe sur la malade M. Tillaux, des sinus tellement larges, qu'ils forment des lacunes au milieu du tissu de la matrice. Il existait là un véritable varicocèle des veines de l'utérus.

Cette maladie n'a rien à faire avec le corps fibreux, sur lequel insiste M. Després. C'est là, je le répète, une observation tout à fait exceptionnelle; car nous n'avons vraiment pas affaire à une hypertrophie de la matrice; dans la véritable hypertrophie, en effet, les parois de l'utérus ne prennent pas ce développement.

DESPRÉS. Je vois une cavité dans l'utérus et un corps fibreux à son col; je constate une augmentation de volume de la tumeur, elle ne coule rien; une diminution, quand il y a des pertes.

Pendant dix ans, la malade avait des règles pénibles, douloureuses. Sans faits isolés, je ne puis m'empêcher de comparer cette hypertrophie utérine aux hypertrophies du réservoir urinaire, suite de

Enfin, au contraire, des faits isolés, on peut admettre que la présence d'un corps fibreux cause l'hypertrophie, sans qu'on puisse en expliquer le mécanisme.

Mais alors, l'explication est simplement la constatation du fait. Pour ma part, je ne saurais me contenter de cette raison. Si j'avais vu la malade de M. Tillaux, peut-être je trouverais des signes capables de confirmer mon opinion sur ce fait d'hypertrophie utérine.

M. FORGET. M. Després ne tient pas compte d'un des éléments les plus importants du problème. Il admet l'existence d'une cavité où le sang se serait accumulé, et en réalité cette cavité n'existait pas.

LECTURE.

M. LAURENT, interne des hôpitaux, donne lecture d'un travail intitulé :

Plaie de l'artère poplitée. Ligature des deux bouts. Phlegmon diffus. Mort.

Ce travail est renvoyé à l'examen de M. Le Fort.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. DUPLAY présente un *speculum nasi*, construit sur ses indications, par MM. Robert et Collin, et appelle l'attention de la Société sur les services que cet instrument lui paraît destiné à rendre en pratique, soit pour le diagnostic, soit pour le traitement des maladies des fosses nasales.

Ce speculum est formé de deux valves, dont l'une, un peu aplatie et immobile à son extrémité, doit répondre à la cloison des fosses nasales, et dont l'autre, plus convexe et appropriée à la forme de la narine, peut s'écarter de la première, à l'aide d'un curseur mobile sur une vis.

L'instrument étant introduit jusqu'à l'ouverture postérieure de la narine, on dilate celle-ci au degré voulu, par l'écartement de la valve externe, et, grâce au curseur, cet écartement reste permanent et l'instrument demeure fixé.

Pour explorer l'intérieur des fosses nasales, on peut placer la malade devant une fenêtre bien éclairée; mais l'examen pratiqué de cette manière est toujours incomplet. Il faut de toute nécessité avoir recours à la lumière réfléchie, soit la lumière solaire, soit la lumière artificielle.

A cet effet, on peut faire usage du miroir laryngoscopique mobile, à l'extrémité d'une tige métallique que l'on fixe sur une table, mais je conseille d'employer de préférence un miroir frontal, monté sur une paire de lunettes, et qui peut servir et même mieux pour l'examen des

le la gorge, etc., avec cet avantage de laisser les mains libres mettre ainsi de faire certaines opérations.

de ce mode d'éclairage et avec le *speculum nasi*, j'ai pu, certain nombre d'individus, chez qui les fosses nasales étaient saines et normalement conformées, examiner ces cavités dans leur étendue, et même découvrir et faire voir à d'autres parties de la paroi postérieure du pharynx.

Quant aux anomalies si fréquentes dans la conformation des fosses nasales ne permettent pas toujours un examen aussi étendu ; dans les cas de déviation de la cloison ou de saillies coniques d'un ou de plusieurs cornets, on parvient à explorer les fosses nasales à une assez grande profondeur.

Il est ainsi possible de commencer une étude toute nouvelle des symptômes de quelques maladies des fosses nasales, étude que j'espère poursuivre par la suite. Je me borne à indiquer aujourd'hui l'existence fréquente d'ulcérations spécifiques ou autres, siégeant à la paroi interne et sur les cornets.

Le diagnostic des affections des fosses nasales me paraît devoir bénéficier de l'emploi du *speculum nasi*. C'est ainsi que j'ai pu traiter assez rapidement quelques cas d'ozène, à l'aide de topiques appropriés directement sur les parties malades et ulcérées.

C'est surtout pour le traitement chirurgical des polypes nasaux que le *speculum nasi* me paraît devoir être utile. Cette opinion, émise déjà lors de la présentation de cet instrument à l'Académie de médecine (avril 1868), a été confirmée par l'étude des

possibilités du *speculum nasi* permet de substituer à la pratique, généralement aveugle et presque barbare, de l'arrachement, des opérations plus sûres et plus méthodiques, puisque le chirurgien pourra reconnaître *visu*, le siège exact des polypes et les saisir directement, sans blesser les parties voisines.

Avec le *speculum*, les instruments en usage pour l'arrachement des polypes sont beaucoup trop volumineux et ne peuvent être d'aucune utilité. J'ai donc dû modifier les pinces à polypes ordinaires, et après de nombreux essais, je me suis arrêté aux deux modèles suivants qui ont été construits par MM. Robert et Collin, et que j'ai l'honneur de vous présenter.

Ces modèles ressemblent beaucoup aux pinces ordinaires. Elles ont les caractéristiques suivantes :

le petit volume des cuillers et des branches ;

la courbure, qui est très-courte ;

3^e Par l'articulation des branches, qui est placée très-près des cuillers. Il est bon d'avoir à sa disposition deux ou trois pinces de ce modèle, dont les cuillers seront plus ou moins larges, suivant le volume des polypes.

Le second modèle ressemble à un forceps. Les branches, qui s'articulent comme celles de ce dernier, se terminent par des cuillers largement fenêtrées et qui s'appliquent exactement l'une contre l'autre par leur face interne. La courbure est beaucoup plus longue que dans le modèle précédent, et l'articulation des branches, qui ne doit pas entrer dans le speculum, est beaucoup plus éloignée des cuillers. Les deux branches s'introduisent isolément et s'articulent à l'aide d'une vis. Cette pince sert dans les cas de polypes très-volumineux.

Je fais en ce moment quelques essais pour mettre en usage la ligature extemporanée des polypes; mais je ne suis encore arrivé à aucun résultat satisfaisant.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, Dr LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *Le Bulletin de thérapeutique*. — *Les Archives générales de médecine*, numéro de décembre. — *La Gazette médicale de Strasbourg*. — *L'Union médicale de la Provence*. — *La Revue médicale de Toulouse*.

M. GIRALDES dépose sur le bureau, au nom de M. Logan, le

III d'Army medical department Report for the year 1866. Londres, n-8°; volume considérable renfermant un grand nombre de faits importants sur l'hygiène et la médecine militaires.

M. Labbé présente, de la part de M. Oré (de Bordeaux), les ouvrages suivants :

1° premier fascicule du *Compte-rendu du service chirurgical de l'hôpital Saint-André de Bordeaux*. Ce fascicule renferme des faits d'une haute importance. M. Labbé appelle l'attention de la Société sur les appareils ingénieux que M. Oré a fait construire pour fixer les membres sur lesquels on a pratiqué des résections, notamment la résection du genou et celle du coude.

2° ouvrage important sur la *Transfusion du sang*. Dans ce travail sont relatés les travaux originaux que M. Oré a fait connaître à plusieurs reprises à la Société de chirurgie, et sur lesquels la Société a entendu les rapports de MM. Broca et Labbé. En outre, l'histoire de la transfusion est présentée dans ses plus grands détails.

Hypertrophie de l'utérus.

Après du procès-verbal :

M. ESPRÉS. Messieurs, je n'ai pas voulu prolonger la discussion de la dernière séance, je désire répondre aujourd'hui quelques mots. Je me disais que pour qu'il y eût rétention dans l'utérus, il fallait qu'il y eût une cavité. J'ai relu l'observation de M. Tillaux et j'ai vu que la cavité utérine avait 8 centimètres de largeur. M. Trélat et MM. Bernutz et Goupil n'avaient point vu d'hypertrophie à cause de la rétention des règles, cela devait être, car ces médecins ont eu des cas de rétention complète des règles, alors qu'il y avait une dilatation de l'utérus. M. Tillaux tire un de ses arguments de la supposition d'une rétention des règles, de la vacuité de la cavité utérine. Je le prierai de songer à la dilatation du col qu'il a observée, il en conclura que c'est à ce moment que l'utérus s'est

M. TRÉLAT. Dans le cours de la discussion, j'ai énoncé cette opinion que les corps fibreux de l'utérus et les hypertrophies musculaires paraissent être semblables de tout point, procèdent néanmoins d'un mode de déviation organique et se rapprochent au point de vue de leur mode de formation.

La proposition me paraît confirmée à nouveau par un fait que j'ai observé ces jours derniers et qui a eu sa conclusion ce matin

même. J'avais reçu dans mon service une femme atteinte d'un polype utérin qui me parut devoir être considéré comme un corps fibreux. Ce polype, allongé, volumineux, s'insérait juste au-dessus et en avant de l'orifice supérieur du col et faisait saillie dans le vagin sur une longueur de 10 centimètres. Je l'enlevai avec l'écraseur linéaire. Aussitôt après son ablation, je l'examinai et il me sembla reconnaître les caractères du tissu musculaire utérin. Je priai donc M. Muron, l'un de mes internes, fort au courant des recherches histologiques, de faire l'examen complet de la tumeur. Il importait en effet d'établir nettement si elle n'était pas constituée par du tissu glandulaire ou par une hypertrophie des glandules muqueuses du col. Voici la note qui m'a été remise par M. Muron :

« Ce polype offre sur la coupe une coloration grisâtre, semi-transparente. On trouve quelques cavités à parois paraissant au premier abord assez régulières, mais parcourues par des brides fibreuses.

« Par le râclage on amène sur le rasoir un liquide grisâtre, trouble, qui se coagule sous l'influence de l'acide acétique et de l'alcool. Ce dernier réactif lui donne en outre une teinte blanche.

« Ce liquide, examiné au microscope, contient des noyaux libres et des noyaux entourés d'une masse de protoplasma. Les noyaux libres sont de forme ovoïde et offrent dans leurs plus grandes dimensions de 0,008 à 0,015.

« Ceux qui sont entourés d'une masse de protoplasma sont pour la plupart des éléments embryonnaires de 0,010 à 0,012.

« Le râclage des parois de la cavité ne montre aucune cellule épithéliale, mais bien les mêmes éléments déjà indiqués.

« Si on prend les brides fibreuses qui traversent la cavité, on trouve qu'elles sont constituées uniquement par des cellules musculaires de la vie organique. Leurs noyaux caractéristiques sont facilement décelés par l'action de l'acide acétique qui leur donne la forme d'une S allongée.

Une coupe pratiquée sur la tumeur montre que cette tumeur est composée d'un très-grand nombre de faisceaux de forme et de dimensions variables. Parmi ces faisceaux, les uns sont uniquement formés par des cellules embryonnaires, les autres par des cellules musculaires de la vie organique.

« Des vaisseaux en grand nombre parcourent la tumeur en divers sens; ils sont entourés d'une paroi propre.

« En somme, ce polype doit être rangé dans les lebdomyômes ou tumeurs constituées par du tissu musculaire lisse. Mais ici c'est un tissu musculaire en voie de développement, ce qu'attestent les nom-

faisceaux de cellules embryonnaires. De plus, tous ces faisceaux imprégnés d'une substance muqueuse qui a déterminé la formation des cavités spontanées dans son intérieur, ce que démontrent les analyses du liquide obtenu par le râclage. »

L'examen histologique démontre donc une fois de plus qu'il existe de véritables tumeurs hypertrophiques musculaires de l'utérus. Les hypertrophies localisées, limitées, semblent beaucoup plus fréquentes que les hypertrophies étendues ou totales. Cette pièce et son étude microscopique n'ont pas d'autre objet que de fixer l'attention sur ce

abcès dans l'épaisseur du fond de la matrice, avec développement énorme des fibres charnues.

HERVEZ DE CHÉGOIN. Une femme de 46 ans entra à la Charité le mois de juin 1827, salle Saint-Joseph, pour une tumeur du ventre dont le commencement datait de huit mois. Cette femme était enceinte sept ou huit ans auparavant.

La tumeur était placée immédiatement au milieu et au-dessus du pubis et s'étendait jusqu'à l'ombilic. Elle était du volume d'une grossesse de six mois, mobile, élastique et assez ferme pour laisser incertain sur la présence d'un liquide. M. Roux avait cru à une hydropisie ovarienne. Le toucher par le vagin faisait trouver le col utérin dans sa position naturelle.

À l'autopsie on constata ce qui suit : Quand les parois de l'abdomen furent incisées, on découvrit une tumeur isolée de forme oblongue; sa surface était lisse, d'apparence charnue, parsemée sur le côté et en sa partie inférieure d'arborisations qui partaient d'un tronc commun inférieur.

On fit une incision verticale et on arriva dans une cavité aussi étendue que la matrice au cinquième mois de la grossesse, contenant un liquide bien lié, légèrement verdâtre, fade et sans odeur putride. Il y avait dans le fond des flocons nombreux, un, entre autres, gros comme une noix et ferme. La paroi interne de cette cavité était tapissée par une membrane d'un jaune sale, tomenteuse, épaisse d'une demi-ligne; le fond de la cavité avait un pouce et demi d'épaisseur, un pouce au milieu et un demi-pouce en bas. Les fibres, quoique infiltrées, étaient très-molles et charnues. Quand on eut incisé la tumeur jusqu'au vagin, on vit que le col utérin était très-allongé et que la cavité de la matrice était bien distincte. Sa face interne était rouge et son cul-de-sac bien visible. Les trompes de Fallope naissaient sur les côtés et enfin on voyait la tumeur. On vit que l'épaisseur des fibres de la matrice se continuait avec son contenu de manière que l'abcès s'était développé au milieu des fibres de

cet organe. Les ovaires étaient petits, granulés; les vaisseaux des ligaments larges étaient très-nombreux et remplis de sang noir.

M. CHASSAIGNAC. Je désire présenter quelques observations relativement à la vascularité des corps fibreux. Dans une opération pendant laquelle je divisais par tranches un corps fibreux de l'utérus, je vis survenir une hémorrhagie très-considérable. Lorsque l'opération fut terminée, je pus constater qu'il s'agissait bien d'un véritable corps fibreux.

M. BOKET. En 1851, j'ai enlevé une tumeur qui avait été prise pour un kyste de l'ovaire. Lorsque la tumeur fut mise à découvert, un trocart fut enfoncé dans son épaisseur, et la ponction donna issue à une quantité énorme de sang. Je fus obligé de recourir à quelques moyens hémostatiques inusités pour arrêter le sang, puis je fis une seconde ponction qui fut également suivie d'hémorrhagie.

L'opération étant très-avancée, mes collègues, parmi lesquels se trouvait Cazeaux, m'engagèrent à la terminer. Je pratiquai la section du pédicule. La plaie donna une telle quantité de sang, malgré une forte ligature qui avait été mise sur le pédicule, que la malade mourut au bout de dix heures. Cette observation a été publiée dans mon *Traité des maladies de l'ovaire*.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. Je ne pense pas que les tumeurs dont parlent ces messieurs fussent des tumeurs fibreuses. Je pense que la source de l'hémorrhagie était dans l'enveloppe charnue qui entoure constamment les corps fibreux.

M. CHASSAIGNAC. L'autorité de M. Hervez de Chégoïn est d'une grande valeur en pareil cas, mais dans le fait que j'ai observé je suis bien convaincu que c'était du corps fibreux lui-même que le sang venait.

M. BROCA. La question que l'on discute en ce moment peut être examinée sous deux points de vue : 1° sous le point de vue de la pratique; 2° sous le point de vue de l'anatomie pathologique pure.

Au point de vue pratique, il importe peu de préciser d'où vient l'hémorrhagie. J'ai souvenir d'avoir vu dans la pratique particulière de Thierry une malade qui avait d'abord reçu les soins du docteur Recurt. Cette femme avait été considérée comme étant en couches depuis plusieurs jours. Recurt reconnut qu'il s'agissait, non d'une grossesse, mais d'une tumeur fibreuse pédiculée en voie d'expulsion. J'assistai M. Thierry qui avait été appelé pour l'opération, et nous constatâmes qu'il existait des battements au niveau du pédicule. Nous nous demandâmes si c'était bien sous le pédicule ou dans les parties voisines qu'était le siège de ces battements. Mais en tous cas, au point

En la pratique, il nous importait peu de savoir si les vaisseaux développés dans la substance même du corps fibreux ou dans une qui l'entoure.

J'y imaginai un procédé nouveau pour enlever cette tumeur minetise. Ce procédé a été peu mis en lumière. Il fit consommer quelques heures, chez Charrière, une pince articulée à une extrémité comme la pince à disséquer. A l'autre extrémité se trouvait une vis qui permettait de rapprocher à volonté les deux branches. On fit entrer la tumeur entre les deux branches fortement et lorsqu'on eut franchi son équateur, on fit remonter la pince sur le pédicule. Cette pince n'avait pu serrer qu'en produisant un effort assez notable de la matrice; aussi, lorsque le pédicule fut dans la pince, nous pûmes constater qu'il était beaucoup plus gros que l'atteindre qu'auparavant. On saisit alors la tumeur avec les griffes et on pratiqua l'excision à l'aide de ciseaux courbes. Elle fut laissée en place pendant environ 36 heures et il ne survint d'hémorrhagie.

Après que je pratiquai l'autopsie de la tumeur, je pus constater très-nettement l'existence de vaisseaux dans la tumeur fibreuse, mais ils n'étaient pas assez volumineux pour donner naissance aux battements que nous avions perçus. Ces battements devaient avoir pour siège des vaisseaux développés dans l'épaisseur de l'enveloppe utérine hyper-

En fait de vue de l'anatomie pathologique, il est incontestable que les tumeurs fibreuses de l'utérus (ces tumeurs que j'ai désignées sous le nom d'hystérômes et qui n'ont aucune analogie avec les véritables tumeurs fibreuses) n'ont pas une vascularisation proportionnelle à leur volume. J'ai fait plusieurs fois avec M. Lebert l'injection d'utérus sur des corps fibreux, et l'injection s'arrêtait toujours sur la surface de ces corps.

Je ne connais pas d'exemple d'injection réussie dans un corps fibreux de la matrice.

En outre, si l'on dit que sur une femme morte du choléra, et dont l'utérus contenait des corps fibreux, j'ai pu constater que des vaisseaux dissimulés se prolongeaient à plusieurs millimètres dans l'épaisseur de ces corps. Il est donc impossible de nier leur vascularisation, mais il faut remarquer qu'il existe une disproportion très-grande entre leur volume et le degré de leur vascularisation.

En résumé, il suffit de lire le livre de M. Crüveilhier pour trouver une description complète de la disposition des vaisseaux dans les tumeurs fibreuses. Il y a deux espèces de vaisseaux, les uns superficiels et

les autres profonds. Les deux réseaux communiquent ensemble. Ces vaisseaux sont tous veineux. C'est là un fait assurément très-singulier que cette absence d'artères dans un tissu parfois très-vasculaire; mais quelque inexplicable qu'il paraisse, il me semble être incontestable, au moins d'après l'examen des tumeurs à l'œil nu. Quoi qu'il en soit, les corps fibreux sont susceptibles d'arriver à un grand degré de vascularisation.

M. HOUEL. Je ne crois pas que jusqu'ici M. Cruveilhier ait jamais fait d'injection dans des tumeurs fibreuses. Je crois que ce qui a été décrit sous le nom de vaisseaux sont en réalité des lacunes.

J'ai moi-même essayé de faire des injections et j'ai réussi quand j'ai voulu injecter les petits vaisseaux, mais jamais quand j'ai tenté de faire pénétrer l'injection dans les lacunes. Dans un cas que M. Robin a étudié, j'avais cru avoir réussi, mais mon erreur tenait à ce que l'injection avait été poussée dans le tissu interposé à deux tumeurs fibreuses étroitement accolées. Dans les cas où l'on a observé de graves hémorrhagies, semblant prendre leur source à la surface même du corps fibreux, peut-être avait-on eu affaire à des corps fibreux accolés, comme dans le fait que je viens de rappeler. Or, la constatation de cette disposition anatomique présente de véritables difficultés.

Je suis disposé à croire que les véritables tumeurs fibreuses sont, très-peu vasculaires.

M. GUÉNIOT. J'admets bien que les veines et lacunes ne sont pas chose identique. Mais il serait bon de s'entendre sur les différences qui séparent ces deux ordres de cavités.

M. MARC SÉE. Je crois qu'on se fait très-souvent illusion lorsqu'on cherche à faire une distinction entre les artères et les veines sur la coupe d'une tumeur. Souvent on aperçoit un vaisseau dilaté et l'on pense qu'il s'agit d'une veine, tandis que, en réalité, il s'agit souvent d'un capillaire dilaté. Il existe évidemment des artères qui amènent le sang dans ces capillaires et des veines qui le reprennent.

M. BROCA. Je suis très-heureux que M. Marc Sée ait dit que le mot de capillaire n'est pas applicable seulement à un vaisseau normal; on peut en effet rencontrer des vaisseaux très-volumineux, dilatés, et qui cependant présentent la structure des vaisseaux capillaires. J'avais signalé cette disposition il y a longtemps, dans mon mémoire sur le cancer.

Quant aux véritables lacunes, elles peuvent reconnaître plusieurs modes d'origine. Elles sont assez souvent constituées par de véritables bourses muqueuses; mais indépendamment de ces lacunes, il s'en

autres dans le parenchyme même du corps fibreux par la 'absorption qui résulte de la nutrition peu active qui a lieu néoplasme. Les parties centrales du corps fibreux se nour- al, les fibres passent à l'état granuleux, et elles finissent par e. Je crois que les cavités qui, dans les corps fibreux, affectent de vaisseaux, se développent principalement par ce méca-

LAT. Dans la pièce que j'ai mise sous les yeux de la Société, microscopique a démontré qu'il y avait de véritables lacunes s glandules anormalement développées.

LECTURE.

ATCH, membre correspondant, fait une lecture sur deux ons d'*anévrisme poplité spontané* :

eur toujours croissante qu'obtient la chirurgie non-opérante aitement des anévrysmes, nous engage à communiquer, d'une ommaire, à la Société de chirurgie, les résultats divers que ns obtenus dans cette voie.

— *Anévrysme artériel poplité gauche, datant de deux mois et guéri par la flexion forcée, au bout de trois jours.*

ouave, âgé de 31 ans, ayant douze ans de services militaires, ssé onze ans en Afrique et un an au Mexique, exerce, depuis 11 ans, la profession de tailleur d'habits, et spécialement coupeur, depuis qu'il est sous les drapeaux.

iors de ces dernières fonctions, qui l'obligeaient à travailler nent debout, B... était encore tenu à faire souvent en ville reuses courses assez fatigantes. D'ailleurs, point d'habitudes es. En juin 1867, pour la première fois, la marche provoquait ollet gauche une fatigue, suivie bientôt après de douleur très- gressivement, la marche devint de plus en plus difficile, im- même dès le 5 juillet, ce qui obligea le malade à entrer, le t, dans notre service, à l'hôpital militaire de Constantine.

ir du volume d'un œuf de poule, siégeant à la partie inférieure : poplité gauche, molle et compressible, offrant des battements es au poulx et visibles à l'œil, donnant lieu à un bruit de atermittent, qui se percevait à l'aide du stéthoscope, et, finale- ène dans les mouvements du genou, extension douloureuse de , au point de nécessiter sa légère flexion, accroissement d'un re et demi de la circonférence du mollet gauche au niveau de ar : tels sont les divers signes qui nous permirent de diagnos-

tiquer un anévrisme poplité artériel. Telle fut aussi l'opinion de M. Vital, notre médecin en chef, et de M. Marvy, médecin aide-major.

Par suite d'une indisposition fébrile du malade, ce ne fut que le 24 août, à huit heures du matin, que nous appliquâmes le bandage suivant : après avoir enveloppé de ouate et d'une bande simplement contentive le membre inférieur, depuis les orteils jusqu'à mi-cuisse, nous assujettîmes la jambe, dans la flexion à angle aigu, à l'aide de quelques tours de bande, qui n'emprassaient que le tiers inférieur de la cuisse et le tiers supérieur de la jambe; puis, tout le membre fut placé dans l'abduction, et reposant sur sa face externe. Une demi-heure après, douleurs assez vives, siégeant sur le côté interne du genou, et persistant pendant deux heures. Pendant la nuit, sommeil interrompu par des douleurs passagères.

Le 22 août, même état de flexion; douleurs faibles, revenant à rares intervalles, même pendant la nuit.

Le 23 août. Nous recommandons au malade de fléchir davantage et progressivement la jambe, sans toucher au bandage. Douleurs plus vives pendant la nuit et, simultanément, engourdissement du pied avec fourmillements.

Le 24 août, ablation du bandage à la visite du matin. Absence de battement et de bruit de souffle; solidification complète de la tumeur. Après avoir fait constater ce résultat par MM. Vidal et Marvy, nous maintenons la demi-flexion pendant six jours.

Dès le 1^{er} septembre, tout bandage est supprimé et le malade s'applique à étendre progressivement sa jambe, résultat qu'il obtient d'une manière complète le 10.

A la date du 18 septembre, B... se lève et marche sans douleur ni difficulté. La tumeur diminue sensiblement de volume, et sa solidification est complète.

Obs. II. — *Anévrisme artériel poplité droit; insuccès de la flexion forcée et de la compression digitale; ligature de l'artère fémorale dans le canal du troisième adducteur; chute du fil à ligature au dix-neuvième jour; hémorrhagies consécutives, deux et trois jours après; ganglions du pied et de la jambe, survenant vingt-six jours après la ligature. Mort.*

Le sujet de cette observation est ce même B..., qui, après avoir repris toutes ses occupations pendant deux mois, a ressenti, dès les premiers jours de décembre 1867, une fatigue de la jambe droite, avec léger gonflement du mollet, survenant après quelques instants de marche; puis, aggravation de ces phénomènes et, successivement, difficulté et impossibilité d'étendre la jambe.

12 décembre, constatation d'un nouvel anévrysme artériel, situé à la partie moyenne du creux poplité droit, offrant le volume d'une grosse noix et caractérisé par une tumeur circonscrite, molle et sensible, animée de battements intermittents visibles à l'œil nu sans bruit de souffle intermittent. Flexion de la jambe à angle aigu et sans nul bandage pendant cinq jours; puis, compression directe de l'artère fémorale, pendant quarante-huit heures, à l'aide de compresses graduées et d'un bandage qui maintenait, de la cuisse à la jambe, la flexion : tels furent les moyens employés avant l'entrée de ce malade à l'hôpital, qui eut lieu le 23 décembre. A cette date, nous constatons les phénomènes morbides mentionnés plus haut, avec la seule différence que la tumeur nous paraît légèrement diminuée de volume.

4 décembre, à huit heures et demie du matin, nous soumettons le membre à la flexion forcée, à l'aide du même bandage que nous avons appliqué précédemment. Douleurs intermittentes le jour, plus fortes et persistantes la nuit, provoquant une insomnie presque complète malgré une potion opiacée.

5 janvier 1868, douleurs tellement vives pendant la nuit, que la flexion du membre a dû être ramenée à angle droit. Dans la nuit du 5, le malade souffre tellement, qu'il enlève complètement le bandage.

5 janvier, persistance de douleurs excessives, malgré l'absence du bandage. Accroissement considérable de la tumeur anévrysmale, qui, semblant bilobée, proémine à la fois et sur le côté interne et sur le côté externe du genou, dans une étendue longitudinale de 12 centimètres sur 11 centimètres d'étendue transversale médiane, et sur le côté externe du creux poplité, sous la forme d'une tumeur offrant le volume d'un œuf de poule; ces deux poches anévrysmales offrent des battements isochrones aux pulsations artérielles et visibles à l'œil nu, avec un bruit de souffle intermittent et très-intense. La partie médiale du creux poplité offre à peu près la dépression normale, et une palpation digitale légère y perçoit un frémissement vibratoire, dans une étendue de 6 centimètres. La circonférence médiane du genou droit est de 424 millimètres, et celle du genou gauche, de 366 millimètres. Absence d'œdème du pied et nul indice d'inflammation superficielle ou profonde de la région poplitée; impossibilité d'étendre complètement le genou; mouvements du genou très-douloureux; pas de flexuosités anormales de la jambe et du pied, et, enfin, bruits du cœur normaux : à la date du 16 janvier, l'état du malade, à qui nous administrons 1 centigramme de poudre de digitale.

16; quatre séances de compression digitale, de deux heures cha-

cune, et séparées chaque fois par un intervalle égal. La compression est alternativement pratiquée sur le pubis et vers la partie moyenne de la cuisse.

Le 17, 4 centigrammes de poudre de digitale. Trois séances de compression, de trois heures chacune. La compression est plus difficilement supportée que la veille.

Le 18, 5 centigrammes de poudre de digitale; compression digitale, alternative, sur le trajet de la fémorale, commencée le matin, à huit heures, et continuée, sans nulle interruption, jusqu'au 22 janvier, à sept heures du matin.

Pendant les deux premiers jours, l'application permanente, sur le lobe interne de la tumeur, d'un cornet en diachylon, surmonté d'un filament de ouate, indiquait suffisamment, par ses oscillations, l'insuffisance de la compression.

Nous nous bornerons à ajouter que la compression, assez bien supportée le premier jour, provoqua, dès le lendemain, des douleurs très-intenses, siégeant sur la tumeur, la jambe et le pied, s'exaspérant chaque jour davantage, et donnant lieu, à plusieurs reprises, dès le cinquième jour, à une imminence de syncope. D'autre part, à la date du 22 janvier, la tumeur anévrysmale était très-dure dans ses parties latérales externe et interne; mais elle avait sa mollesse habituelle dans la partie médiane du creux poplité. L'artère fémorale formait un cordon épaissi, roulant facilement sous les doigts et rendant la compression exacte très-difficile. La jambe droite était œdématisée, et le malade, tout à fait démoralisé, réclamait instamment la cessation de la compression, ce qui nous obligea d'accéder à ses désirs.

Du 23 au 29 janvier, exaspération des douleurs du membre inférieur; imminence fréquente de syncope; insomnie presque complète; accroissement de 4 centimètres de la circonférence médiane du genou droit. Sur le côté interne du genou, ecchymose jaunâtre, ayant 18 centimètres de longueur verticale sur 2 centimètres de largeur; nouvelle ecchymose jaunâtre sur la partie médiane du creux poplité; distension de l'articulation du genou, qui offre une fluctuation manifeste. Température du creux poplité droit, 36°,2, et du gauche, 35°,4. Circonférence du mollet droit, 365 millimètres, et du gauche, 326. Les mouvements volontaires de la jambe sont complètement impossibles. Rien d'anormal dans les bruits du cœur. Moral abattu et anxieux. Ce même jour, 29 janvier, nous pratiquons la ligature de la fémorale dans le canal du troisième adducteur; des veines flexueuses, largement dilatées et anastomosées entre elles, recouvraient complètement l'artère que nous parvenons à isoler minutieusement et à lier, sans nulle

sanguine. L'amaigrissement du membre n'avait point permis de saisir le relief du couturier pendant l'opération, ce qui nous a fait prendre pour guides, dans la recherche du vaisseau, que la pulsation et ses battements, qui, vers le tiers inférieur de la cuisse, étaient très-faibles et intermittents. Après la ligature, cessation des battements de la tumeur anévrysmale; réunion de la plaie extérieure par deux fils de cinq serre-fines; emmaillottement dans la ouate du membre, dans laquelle cinq cruchons d'eau chaude sont placés en perma-

12 février, ablation des serre-fines; absence de réunion immédiate compliquée d'érysipèle.

17 février, chute du fil à ligature; plaie vermeille; excellent aspect; disparition de l'érysipèle et diminution croissante de la tumeur anévrysmale.

18, dans la nuit, hémorrhagie par la plaie, évaluée à 160 grammes.

21, nouvelle hémorrhagie, à neuf heures du soir, évaluée à 200 grammes.

24, diminution de la chaleur et de la sensibilité du pied et de la partie inférieure de la jambe.

25, la gangrène humide est confirmée et s'étend, le lendemain, au tiers supérieur de la jambe.

7 février, B... meurt à deux heures de l'après-midi.

L'autopsie, pratiquée le lendemain matin, à huit heures, nous révèle les particularités suivantes :

Membre inférieur droit. — Dans le cul-de-sac artériel, situé au-dessus de la ligature de la fémorale, existe un caillot de 5 centimètres, dont la partie décolorée et friable, qui n'adhère à la tunique interne qu'à son extrémité terminale.

L'extrémité inférieure du bout supérieur de l'artère offre, dans une étendue de 3 centimètres, un épaissement assez notable; les deux artères de l'artère fémorale, éloignées de 14 millimètres, sont réunies par un cordon fibreux très-mince. Absence de caillot à l'extrémité supérieure du bout inférieur de l'artère.

L'incision de la région poplitée donne lieu, immédiatement après l'ouverture de la peau et de l'aponévrose, à un écoulement de sang noirâtre évalué à 100 grammes. L'incision de la poche anévrysmale révèle une vaste cavité irrégulière et anfractueuse, s'étendant de la partie inférieure de la face postérieure de la cuisse jusqu'à la partie supérieure de la jambe, comprenant toute la largeur de la tibia et de l'os osseuse fémoro-tibiale, et renfermant du sang liquide et des caillots noirâtres, mous et excessivement friables. L'intérieur de

l'articulation du genou offre une imbibition sanguine très-prononcée. Le bord postérieur des surfaces articulaires tibiale et fémorale offre une érosion des cartilages dans l'étendue d'un centimètre; la face postérieure du fémur présente la même altération osseuse dans l'étendue de 3 centimètres. Un caillot volumineux et décoloré occupait toute l'étendue de l'artère iliaque interne et des veines fémorale, iliaques primitive, interne et externe. Les veines sont généralement vides de sang, à l'exception des veines axillaires qui en étaient gorgées. L'artère humérale gauche renfermait un petit caillot filiforme de 2 centimètres de longueur, qui commençait à se décolorer.

B. *Membre inférieur gauche.* — Caillot fibrineux et décoloré dans les veines iliaques primitive, interne et externe, ainsi que dans le tiers inférieur de la veine fémorale, dans une étendue de 18 centimètres. Caillot de même nature, ayant 4 centimètres de longueur, dans l'intérieur de l'artère iliaque externe.

L'artère poplitée, plus volumineuse qu'à l'état normal, offre un épaissement notable; dans sa moitié inférieure, elle diminue de calibre et se continue par une tumeur ayant 3 centimètres de longueur sur 18 millimètres de largeur. Cette tumeur est située immédiatement au-dessous du ligament transverse postérieur articulaire, entre les deux tubérosités postérieures du tibia et immédiatement au-dessus du bord supérieur du muscle poplité; elle a la forme d'une petite pyramide triangulaire, dont la base serait sa face antérieure, qui est plane, lisse et en rapport immédiat avec la surface tibiale.

L'oreillette droite du cœur renferme un caillot ambré, très-volumineux; tandis que dans l'oreillette gauche existe un caillot moins volumineux, semi-cruorique, semi-fibrineux.

L'examen micrographique de l'artère fémorale, fait par M. le docteur Arnould, sur les deux bouts résultant de la ligature, lui a révélé les détails suivants :

« Après quelques heures de macération dans l'eau, les tuniques peuvent être séparées par larges lambeaux, l'interne sans son épithélium et entraînant à sa face profonde des fibres de la moyenne. La tunique interne paraît un peu grenue au moment de l'examen. La tunique moyenne se montre avec ses fibres élastiques flexueuses, à contour net, ramifiées, et ses fibres musculaires lisses, de distance en distance parallèles; mais le fond de la préparation est finement granuleux et présente quelques globules graisseux, clair-semés. Ce détail, ajoute M. Arnould, ne suffit pas à faire naître l'idée d'athérome ou d'artérite chronique. »

M. le docteur Kelsch, qui a examiné un fragment d'artère enlevé à

du triangle de Scarpa du côté droit, conclut, au contraire, à une épaississement graisseux, qui a envahi les éléments contractiles. Voici, d'ailleurs, le résultat de son examen :

L'épaisseur des trois tuniques, dit-il, on trouve encastrés de globules graisseux, brillants, transparents, qui mesurent en leur diamètre 6 à 8 millimètres. Ce processus morbide, peu commun dans les tuniques interne et externe, est surtout concentré sur la tunique musculaire. Toutefois, là encore, il n'est pas également réparti. Sur des coupes nombreuses, pratiquées sur les divers points de la paroi de l'artère, m'ont fait voir des points où les globules graisseux sont extrêmement confluent, sans jamais, cependant, se réunir en une masse de nids de graisse; d'autres où ils se trouvaient beaucoup plus disséminés; d'autres, enfin, où l'on en voyait à peine des traces. Les fibres-cellules étaient pâles, comme flétris, à contours indistincts. Quant au contour de la fibre-lisse, il disparaissait entièrement sous l'action de l'acide acétique étendu. »

En résumé, ces deux observations nous ont paru intéressantes à des titres divers.

Le premier cas, nous offre un exemple de la prompte efficacité de la flexion forcée dans le traitement des anévrysmes poplités. C'est un fait qui vient aux succès déjà obtenus, à l'aide du même moyen thérapeutique. Maunoir, Hart et Shaw, dont les *Archives de médecine* ont publié ces observations, en 1859, et par M. Verneuil, dans le fait communiqué récemment à l'Académie de médecine.

Le second anévrysme, faut-il attribuer à la flexion forcée sans l'articulation du genou, ainsi que pareille relation a été établie pour le malade de M. Moore, dont les *Archives de médecine* ont également mentionné le fait? Pour nous, nous serions d'autant moins enclins à reconnaître chez notre malade une telle influence, que celui-ci a présenté les particularités suivantes : 1° développement très rapide dès le début; 2° rupture dans l'articulation, trois jours après la flexion forcée; et 3° infiltration granulo-graisseuse des tuniques artérielles. Nous ne serions même pas éloigné d'attribuer en grande partie à cette altération granulo-graisseuse, et des diverses méthodes thérapeutiques employées et les hémorragies consécutives à la ligature, puisque, d'après Follin (1), l'infiltration granulo-graisseuse est le premier degré des métamorphoses des tissus, métamorphoses qui peuvent dépendre, sous

l'influence d'une nutrition insuffisante, de toutes les maladies qui nuisent à la plasticité du sang.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, Dr LÉON LABBE.

SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

- Les journaux de la semaine.
- La *Revue d'hydrologie médicale française et étrangère*.
- Le *Journal de médecine de l'Ouest*.
- Le *Montpellier médical*.
- M. ED. CRUVEILHER offre, de la part de M. le docteur Bleynie, la première année de la *Revue médicale de Limoges*.
- Le *Bulletin de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat*, vingt-deuxième année. 1868.
- Le *Bulletin de la Société médicale de l'Yonne*.

RAPPORT VERBAL.

M. GUÉNOR fait un rapport verbal sur l'observation suivante, adressée par M. Castex, médecin-major de l'armée d'Afrique.

Dans ce fait, il s'agit d'un cavalier en état d'ivresse, qui, voulant franchir le mur de sa caserne, fit une chute de trois mètres de haut sur la face dorsale du tronc. Il en résulta : 1° une fracture de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre dorsale; 2° une fracture oblique du corps de cette même vertèbre; et d'après les résultats de l'autopsie, 3° une luxation en arrière, qui rétrécit considérablement le canal vertébral.

De là, paralysie du membre inférieur gauche d'abord; puis, quel-

plus tard, du membre inférieur droit; rétention d'urine et de des matières fécales. Comme traitement : émissions sanguinif, frictions stimulantes sur les membres inférieurs et ontal sur la face dorsale du tronc. Des phlyctènes se produisent sur le membre gauche œdématié, puis des escharres fions sacrées et trochantériennes, un phlegmon gangréneux se droite, etc., et le malade succomba le cinquante-quatre après l'accident.

particularités sur lesquelles M. Castex appelle spécialement sont : 1° la production des accidents gangréneux et 2° la des lésions osseuses (fracture complexe et luxation) au point traumatiqué.

Guéniot, les accidents gangréneux reconnaissent vraisemblablement pour causes, dans ce cas, l'œdème des tissus, si commun aux membres paralysés, et l'irritation produite sur la peau par les frictions stimulantes. Les émissions sanguines, pratiquées au début, ont peut-être agi, d'une façon indirecte, à la manifestation de cette complication. Quant à la luxation de la vertèbre, il est difficile de s'en expliquer le mécanisme.

Il a fait à cet égard deux hypothèses, auxquelles on peut faire beaucoup d'objections. M. Guéniot serait disposé à penser que les deux fragments de la fracture vertébrale étaient luxés et que l'autre fragment, ou fragment antéro-inférieur était resté en place. On comprendrait ainsi l'existence d'une luxation, d'après les détails de l'observation, paraît inexplicable.

Il a conclu à l'adoption des deux propositions suivantes :
1° de remercier l'auteur;
2° d'insérer son intéressante observation dans les archives.
Les propositions sont mises aux voix et adoptées.

NOMINATION DE COMMISSIONS.

Commission des *Membres correspondants nationaux* :

MM. Chassaignac.
Tillaux.
Broca.
Verneuil.
Trélat.

Commission des *Membres correspondants étrangers* :

Sont élus : MM. Giraldès.

Lefort.

Panas.

Duplay.

Trélat.

COMMUNICATION.

Résection du coude.

M. VERNEUIL. Il y a quelques mois, j'ai communiqué une observation de résection du coude, pratiquée presque immédiatement après l'accident qui avait déterminé une plaie pénétrante de l'articulation. J'avais obtenu une guérison complète. Ma conduite a cependant été l'objet des critiques de quelques-uns de nos collègues; j'ai été sensible à ces critiques, et un nouvel exemple de plaie pénétrante s'étant présenté à mon observation, j'ai voulu faire de la chirurgie expectante, mais malheureusement j'ai perdu mon malade.

Le blessé dont il s'agit était un employé au chemin de fer, il eut le coude pris entre deux tampons.

Lorsque je le vis, le coude était très-gros et il existait une petite plaie qui donnait issue à une grande quantité de sang veineux. Je crus d'abord à une luxation du coude, puis je rejetai ce diagnostic.

Je fis établir une irrigation continue. Il y eut d'abord du soulagement, mais le troisième jour, je vis qu'une partie de la peau était destinée à tomber en sphacèle. Je profitai de l'existence de cette large escharre pour faire un débridement de 10 centimètres. Par cette ouverture, je ramenai un fragment osseux gros comme une noisette, et je pus m'assurer qu'il existait une fracture du coude, pénétrant dans l'articulation.

Le malade était alors dans un état général des plus satisfaisants. Je fus tenté de faire la résection séance tenante; mais je pensai qu'on pourrait m'accuser d'avoir agi trop vite, et je différai, puis je changeai mon système de pansement.

J'avais gardé le souvenir d'un blessé qui, dans un cas très-grave, avait été guéri par l'usage du bain continu avec un mélange désinfectant.

Je mis le bras de mon malade dans un bain préparé de cette façon, je l'y ai laissé pendant vingt-huit jours. Son état a été très-satisfaisant et j'ai cru un moment qu'il allait guérir. Cependant, il sortait

des petites esquilles et il se forma une collection purulente qui s'écoula.

La température, qui avait été notée très-exactement, montait toujours. On avait noté 39°,2, puis 39°,3 et, dans les derniers jours, 39°,4. Chose très-importante à signaler au point de vue du pronostic, la fièvre apparente ne se montra que lorsque, depuis trois jours, la température avait atteint 39°,5.

Le 25, on m'annonça que le malade avait eu un grand vomissement. A ce moment, il existait un gonflement du thorax avec une rougeur diffuse mal caractérisée. Le thermomètre atteignait 39°,5.

J'ai alors décidé de pratiquer la résection. J'ai enlevé la cupule osseuse et abattu l'olécrâne et environ 3 centimètres de l'humérus. J'ai utilisé, pour aller à la recherche des surfaces osseuses, l'ongle du doigt, résultant de la chute de l'escarre. Le malade a perdu peu de sang et s'est bien remis de l'opération.

Il faut noter un phénomène fort important quoique léger en apparence. La veille du jour où le malade avait eu un vomissement, il avait eu un petit crachement de sang, et cependant l'examen de la poitrine n'avait rien révélé de suspect.

J'ai donné une potion à l'aconit et à la teinture de digitale. Elle ne fut pas supportée; mais cependant la soirée se passa très-bien.

Le lendemain, à une heure après l'opération, le malade était malade, il avait de la sueur.

Le pansement était fait avec de la charpie imbibée d'alcool et de la charpie de Labarraque, et un drain avait été placé pour faciliter l'écoulement des liquides.

Le lendemain, la journée du samedi, le malade eut des étouffements, de la fièvre, du délire, et à neuf heures du soir, il était mort.

Autopsie. — Il n'existait aucunes traces de phlébite, ni d'angioleucite, ni de phlegmon diffus. La rougeur diffuse, que j'avais observée, était due à un érysipèle.

Les viscères étaient en assez mauvais état. La rate était volumineuse; le foie en voie de régression graisseuse; les reins congestionnés et congestionnés, les poumons, tellement congestionnés, qu'on aurait cru à un commencement d'hépatisation. La congestion était toute l'étendue des deux poumons, et c'est à cette lésion que le malade a succombé.

La résection ne me paraît pas avoir déterminé la mort, et je regrette d'avoir pas pratiquée beaucoup plus tôt, soit le quatrième jour après l'accident, soit au moment où j'ai retiré un séquestre.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. TILLAUX présente, au nom de M. Nicaise, prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux, une *aiguille élastique, destinée à passer la scie à chaîne dans les résections.*

M. CHASSAIGNAC. Je crois être le promoteur de l'emploi de l'aiguille d'Astley Cooper, pour le passage de la scie à chaîne dans les résections. J'avais fait construire des aiguilles spéciales pour répondre aux différents cas. Il est toujours difficile de passer la scie à chaîne, et il faudrait trouver des moyens de section qui permettent d'abandonner cet instrument. Je crois que l'aiguille de M. Nicaise péchera par son défaut de rigidité, de solidité, lorsqu'on voudra lui faire contourner un os incomplètement dénudé.

M. FORGÈT. Je m'associe tout à fait à la dernière remarque de M. Chassaignac, et je crois que l'aiguille pourra s'incurver contre les plans musculaires ou fibreux.

M. DEPAUL. Je suis étonné d'entendre M. Tillaux dire que l'idée de faire construire une aiguille courbe flexible est une idée nouvelle. Il y a quinze ans, j'en ai fait construire une pour passer la scie à chaîne autour du cou; mais j'ai dû y renoncer et donner la préférence à l'emploi de grandes et fortes cisailles.

M. BROCA. La nature des obstacles qui ont fait échouer M. Depaul étaient tout spéciaux au cou de l'enfant sur lequel il portait l'instrument.

Ils ne se présenteront pas dans les résections, parce qu'il y a une surface dure que suivra l'instrument.

M. TILLAUX. Cette aiguille a la même courbure que la sonde d'Astley Cooper, et, de plus, cette courbure peut devenir plus grande et la pointe de l'instrument n'abandonne jamais l'os. Pour se servir de cet instrument, il faut d'abord bien dénuder l'os.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Présentation d'un pied atteint d'éléphantiasis des Grecs.

M. SISTACH. J'ai l'honneur d'offrir à la Société de chirurgie le pied d'un Arabe, qui est atteint d'éléphantiasis des Grecs, maladie excessivement rare en France et même en Algérie. Voici les quelques renseignements que j'ai pu recueillir, dans ce cas, sur l'origine et la marche de cette affection.

H... K.-G., âgé de 45 ans, né à Constantine, a été atteint, vers l'âge de 8 ans, d'ulcères au cou, qu'indiquent encore des cicatrices régé-

l'éléphantiasis. Mais nous devons ajouter que nous avons vainement recherché, chez notre malade, l'insensibilité des membres, du tronc et du visage, qu'un de nos collègues de l'armée, M. Poncet a, de son côté, constatée au Mexique (1) dans la forme anesthésique de cette affection.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, D^r LÉON LABBE.

SÉANCE DU 16 DECEMBRE 1868

Présidence de M. LEGUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

- Les journaux de la semaine.
- Le *Bulletin général de thérapeutique*.
- Le *journal de médecine et de chirurgie pratique*.
- La *Gazette médicale de Strasbourg*.
- *Contagion de la phthisie pulmonaire*, Rapport lu à la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulon, par le docteur Armieux.
- *Trattato teorico-pratico sulle malattie veneree*, par le docteur J. Galligo, de Florence. In-8 de 1,000 pages.

RAPPORTS

M. VERNEUIL lit un rapport sur un travail, de M. Louis Thomas, de Tours, intitulé : *Polype naso-pharyngien à embranchements multiples, traité et guéri par arrachement, avec résection préalable du maxillaire supérieur et tamponnement préliminaire de la fosse nasale correspondante*.

Messieurs,

Sous le titre modeste de *Note sur un cas d'ablation du maxillaire supérieur*, M. Louis Thomas vous a adressé un fait qui mérite, à plusieurs titres, de fixer votre attention.

Il s'agit d'un polype fibreux naso-pharyngien, redoutable affection

(1) *Rec. de mém. de méd., chir., militaires*, 1864, t. 12, p. 307.

is plusieurs années, est l'objet de vos études. En second lieu, joisir entre les nombreux procédés que l'on emploie contre rs, M. Thomas a opté pour l'ablation de l'os maxillaire en totalité, en respectant toutefois le plancher de l'orbite. our éviter un des inconvénients principaux de cette résec- ur accorder au patient les bienfaits de l'anesthésie, notre i utilisé un perfectionnement récemment introduit par votre r lui-même. Je veux parler du tamponnement préliminaire e nasale du côté malade.

ès qui a couronné la conception et l'exécution de ce plan : atteste déjà la sagacité et l'habileté de l'auteur, mais il superflu de montrer que la réussite n'a pas été un hasard et qu'en pareille occurrence il conviendrait d'imiter scrupu- la conduite du jeune chirurgien de Tours.

t paysan d'Indre-et-Loire, âgé de 16 ans, maigre et pâle, té de son mal depuis 18 mois environ quand il fut amené nas en février 1868. Des douleurs violentes, des hémorrh- és et abondantes, une déformation notable du côté gauche , indiquaient nettement la nature du mal.

ecin ordinaire avait extrait déjà de la narine gauche l'e- nent qui obturait cette cavité, laquelle était redevenue mo- nent perméable.

mas, après un examen minutieux, porta le diagnostic sui-

ôme occupant la partie supérieure du pharynx du côté s'insérant dans le point le plus élevé de cette cavité, sans sse préciser davantage le lieu d'implantation;

longement volumineux dans l'épaisseur de la joue, et refou- l-de-sac gengivo-labial;

longement probable dans l'intérieur du sinus maxillaire.

e diagnostic, que la suite confirma pleinement, M. Thomas e toute opération préliminaire à voie étroite serait insuffi- qu'il fallait résolûment sacrifier le maxillaire. Votre rap- ayant toujours soutenu les mêmes principes, ne peut qu'ap- ces choses, et il serait prêt, aujourd'hui même, à l'appuyer torité.

quoique innocente en elle-même et d'une exécution assez résection du maxillaire n'est pas sans inconvénients, elle : un écoulement de sang notable, et comme on redoute le ce sang dans les voies aériennes ou dans les voies diges- est encore dans l'habitude d'opérer sans endormir les ma-

lades, ou du moins de n'administrer le chloroforme que pendant les premiers temps de l'opération.

Or, le patient n'avait accepté l'action chirurgicale qu'à la condition de ne point souffrir, et M. Thomas lui avait promis qu'il en serait ainsi.

Pour tenir sa promesse et pour pouvoir achever l'opération sans souci de la pénétration du sang dans l'arrière-gorge, notre confrère songea à utiliser quelques préceptes que j'ai formulés pour des cas analogues et que je vous demande la permission de reproduire ici :

- 1° Tamponner préalablement l'arrière-narine du côté affecté;
- 2° Détacher d'abord l'os maxillaire en haut et en dehors à la faveur des incisions externes, et sans pénétrer dans la bouche;
- 3° Réserver, pour le dernier temps, la section de la voûte palatine afin que la cavité buccale ne soit ouverte que quelques instants avant la fin de l'opération.

Ce programme fut suivi de point en point. Le tamponnement fut d'abord pratiqué, puis le chloroforme administré, ensuite les incisions externes furent pratiquées, à peu de choses près, comme dans le procédé de Gensoul. Le lambeau relevé, on sectionna la branche montante, puis la connexion à l'os malaire, et enfin la voûte palatine. Le tout fut promptement achevé. Tout cela fut fait rapidement, et l'os maxillaire, sain, avec un davier, fut luxé avant que le malade ne fût éveillé. Dans l'arrachement de l'os, le plancher de l'orbite resta en place, ce que M. Thomas ne regretta point. Il fallait encore détacher avec les ciseaux quelques parties molles que retenait le maxillaire en arrière du col du voile du palais. Mais tout cela se fit sans difficultés et très-rapidement.

Restait à pratiquer l'ablation du polype. Grâce à la large voie ouverte, le pédicule était devenu facilement accessible. Énergiquement saisi avec un très-fort davier à résection et tordu à plusieurs reprises et en sens inverse, il céda après quelques efforts, et amena avec lui le corps fibreux tout entier.

Il n'en résulta qu'un écoulement sanguin très-léger. L'éradication parut si complète, et les points d'insection si nets, qu'aucune cautérisation ne parut nécessaire.

Ainsi s'était achevée, en quelques minutes, et sans aucun accident, cette importante extirpation. Le patient n'avait rien senti pendant toute l'opération, et n'avait conservé de celle-ci aucun souvenir. On procéda à la réunion des lambeaux, et la guérison s'effectua très-aisément.

Pour vous convaincre de l'utilité de la résection du maxillaire, il

de jefer les yeux sur deux figures très-bien exécutées et jointes à l'observation. Vous serez persuadés, comme moi, que votre procédé n'aurait permis une éradication aussi simple, sûre et aussi radicale.

Permettez-moi d'insister encore sur deux petits points du *Manuel*.

Je veux parler de la conservation du plancher de l'orbite et de la voûte palatine.

Comme qu'on a besoin d'une large voie pour aborder le pharynx dans ce but on sacrifie l'os maxillaire, il est bon de ménager le plancher de l'orbite, car sa destruction prive l'œil d'un point d'appui utile sans faciliter notablement l'ablation du polype.

La conservation est facile à obtenir. Pour cela, après avoir enlevé l'ophyse montante et séparé l'os maxillaire, on conduit à petits coups le ciseau parallèlement au bord inférieur de l'orbite et à quelques centimètres de ce bord. On sectionne ainsi la paroi antérieure du maxillaire et on laisse en place tout le plancher orbitaire.

La conservation de la voûte palatine peut également se faire de la narine inférieure ou de haut en bas avec une scie droite et forte, ou de l'arrière avec le ciseau ou la pince de Liston. De toute façon, il faut avoir soin d'écarter les mâchoires pour introduire et faire marcher la scie à chaîne, instrument dont pour ma part je ne me sers plus pour ce genre d'opération.

Les parties osseuses du maxillaire étant détruites, l'os est alors facilement ébranlé; et lorsqu'il cède, retenu seulement par ses ligaments (voile du palais et membrane gengivo-génale), on divise ceux-ci avec des ciseaux, et la masse tout entière se détache facilement.

Il ne faut pas seulement que le sang coule dans la cavité buccale, mais en grande quantité, si l'on a soin de remplacer aussitôt la pièce osseuse par un lumineux tampon de charpie fortement appliqué dans le vide.

Je ne cache pas, Messieurs, la satisfaction que j'ai éprouvée avec quel succès M. Thomas a appliqué à la résection du pharynx les préceptes opératoires que j'avais expérimentés et appliqués pour des cas pathologiques différents. Il me semble, en effet, que l'on est heureux de tirer soi-même parti des innovations qu'on a faites, on s'affermir davantage dans ses convictions quand les mêmes réussissent en d'autres mains.

Il est clair que dans le cas spécial où s'est trouvé notre jeune confrère, le tamponnement préalable des fosses nasales et l'ouverture de la cavité buccale sont d'une utilité incontestable. J'en con-

clus encore que M. Thomas a mené à bien une entreprise toujours malaisée, en mettant à profit, avec hardiesse et sagacité, toutes les ressources que l'art opératoire lui offrait.

J'ajoute qu'il ne s'agit point ici d'un de ces succès passagers, trop communs dans l'histoire clinique des polypes naso-pharyngiens. Tout fait présager une guérison complète. En effet, le petit malade a été revu au mois de novembre dernier, rien ne faisait présager la récidive.

Votre Commission a l'honneur de vous proposer :

1° De renvoyer l'observation de M. Louis Thomas au bulletin ;

2° D'inscrire M. Thomas sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

Note sur un cas d'ablation du maxillaire supérieur

Par M. Louis THOMAS (de Tours).

La crainte de voir le sang s'introduire dans les voies aériennes et par suite produire l'asphyxie fait rejeter, par la majorité des chirurgiens, l'emploi des anesthésiques pour un très-grand nombre des opérations qui se pratiquent sur la face.

Dans l'article *Anesthésie* du nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, M. Giraldès considère cette crainte comme tout à fait illusoire. Pour lui, la seule contre-indication à l'emploi des anesthésiques est la position assise du patient. Toutes les fois que l'opération peut être faite, le malade étant placé dans la position horizontale, il y a utilité à employer l'anesthésie. « Dans cette position, dit-il, le sang coule plutôt dans le pharynx et dans l'œsophage que dans les voies aériennes. J'ai eu maintes fois l'occasion de m'en assurer, en pratiquant chez des enfants des opérations au fond du gosier ou des becs-de-lièvre compliqués même de l'ablation de la mâchoire supérieure. »

On peut objecter à M. Giraldès que si le sang coule plutôt dans le pharynx et dans l'œsophage, il ne s'ensuit pas cependant qu'il ne puisse jamais couler dans les voies aériennes. Qui peut répondre en effet qu'un caillot sanguin situé dans le pharynx, au niveau de l'orifice supérieur du larynx, ne sera pas entraîné à travers les lèvres de la glotte pendant l'inspiration ? Aussi l'absence d'accidents, dans les opérations que rapporte M. Giraldès, ne suffit pas, à mon avis, pour établir l'innocuité complète de l'anesthésie en pareil cas. Pour ces raisons,

lions de M. Giraudeau ne me semblent pas de nature à dissiper ment les craintes des chirurgiens, et je pense que des moyens de prévenir, pendant les opérations qui se pratiquent sur la oulement du sang dans le pharynx et par suite dans les voies , contribueront mieux à rassurer les opérateurs et à étendre rations l'usage des anesthésiques.

un travail récent lu à l'Académie de médecine (séance du 367), sur les moyens propres à atténuer les inconvénients de ent sanguin dans certaines opérations pratiquées sur la face, M. Verneuil signale « les services que peut rendre le ment des fosses nasales dans les opérations sanglantes pra- sur l'avert nasal, l'intérieur des fosses nasales, le sinus e, les parties élevées de la mâchoire supérieure, dans tous les sang menace de s'introduire dans le pharynx. Ce tampon- dit-il, en supprimant l'écoulement sanguin postérieur, rend l'anesthésie pendant toute la durée de l'opération... »

deraièrément occasion de mettre en pratique les conseils ar M. Verneuil. Il m'a été possible d'endormir mon malade ment et sans crainte d'écoulement sanguin dans les voies , pendant toute la durée de cette terrible opération. A ce procédé auquel j'ai eu recours m'a paru digne d'être signalé; avra la description dans l'observation suivante

né G..., de Saint-Nicolas-de-Bourgueil (Indre-et-Loire), âgé a, maigre et grêle, mais doué d'une bonne santé habituelle e parents bien portants, commença à éprouver, il y a dix-huit iron, de la gêne de la respiration nasale, et de l'encliffre- la narine gauche. La voix était en même temps devenue na- Espérant que ces accidents cesseraient spontanément, ce jeune esta longtemps sans s'en préoccuper; mais, loin de dispa- iaque jour ils étaient plus prononcés. La joue gauche deve- utre plus saillante que celle du côté droit, et il existait en nps un peu de gêne pour écarter les mâchoires.

rent alors, à des intervalles irréguliers, mais assez éloignés, urs très-vives, irradiant dans tout le côté gauche de la face ène. Ces douleurs, qui duraient quelquefois plusieurs jours, ordinairement après l'apparition subite d'une hémorrhagie z et la bouche. Le malade estime qu'il perdait environ un re de sang, puis l'hémorrhagie s'arrêtait spontanément.

ur de ces douleurs et de ces hémorrhagies devenant plus fré- malade réclama enfin les soins du docteur Lemesle (de Bour- à, ayant reconnu dans la fosse nasale gauche la présence d'une

production morbide, en tenta l'arrachement. Il réussit ainsi à débarrasser la fosse nasale d'une partie de son contenu et à en rétablir la perméabilité.

Cette opération ne produisit qu'une très-faible amélioration dans l'état du malade, que M. Lemesle me fit l'honneur de m'adresser dans les premiers jours du mois de février 1868.

A première vue, je fus frappé du défaut de symétrie qui existait entre les deux moitiés de la face. La partie gauche était plus saillante que celle du côté opposé et le nez notablement dévié à droite. Les fosses nasales ne paraissaient contenir aucune production morbide et l'air les traversait assez facilement. L'intérieur de la bouche ne présentait non plus rien d'anormal; la voûte palatine était très-élevée et très-étroite, le voile du palais non déprimé et la cavité pharyngienne complètement libre. J'introduisis alors le doigt derrière le voile du palais, et je constatai en ce point la présence d'une tumeur dure, un peu irrégulière, ayant le volume d'une petite noix et descendant presque jusqu'au bord libre du voile du palais. Le doigt pouvait être promené autour de la tumeur, mais je ne pus reconnaître en quel point se trouvait son implantation.

Explorant ensuite avec le doigt introduit dans le sillon gingivo-labial la face externe du maxillaire supérieur gauche, je reconnus l'existence d'une autre tumeur qui venait s'épanouir dans l'épaisseur de la joue en contournant le bord postérieur du maxillaire. Cette tumeur était dure, indolente, un peu aplatie latéralement pour s'appliquer sur la face externe du maxillaire, et avait à peu près le volume du pouce.

Le diagnostic n'était pas douteux, je me trouvais en présence d'un polype naso-pharyngien, ayant un embranchement pharyngien et un embranchement génien. La saillie exagérée du maxillaire supérieur gauche était-elle due en outre à la distension du sinus de cet os, par un prolongement du polype? C'est ce qu'il était permis de supposer. Restait à résoudre une question importante, celle du traitement à mettre en pratique. Une opération préliminaire était nécessaire pour faire l'ablation de ce polype. A laquelle devais-je donner la préférence?

La résection de la partie postérieure de la voûte palatine, suivant la méthode de M. Nélaton, ne pouvait me permettre d'atteindre tous les prolongements de la tumeur. La voûte palatine présentait en outre une disposition ogivale peu favorable pour pratiquer cette opération. Il y avait bien des raisons de penser que la résection partielle du maxillaire ne fournirait non plus qu'une voie insuffisante pour faire

du polype. Aussi est-ce à la résection totale du maxillaire qu'il faut donner la préférence.

Le professeur Verneuil, auquel j'eus l'occasion de montrer ce polype quelques jours après, partagea mon opinion. Comme moi, il considérait la résection du maxillaire nécessaire et seule capable d'assurer la guérison.

Cette opération fut acceptée par le malade, mais il réclamait d'être endormi. Pour satisfaire cette exigence sans courir le risque de l'introduction du sang dans les voies aériennes, voici le procédé que j'adoptai. Le 12 mars 1868, en présence et avec les docteurs Lemesle (de Bourgueil), Dugenet (de Tours), et Ligeuil.

Le malade étant couché, je pratiquai le tamponnement de la fosse nasale, puis le chloroforme fut administré, et c'est seulement lorsque le malade fut complètement endormi que je procédai à l'opé-

ration. Une première incision horizontale ou très-légèrement oblique partant de l'aile du nez et ayant une étendue de 3 à 4 centimètres. Pour faire cette incision, j'avais saisi la lèvre supérieure avec le pouce et l'index gauches, et je m'étais ainsi assuré que le labio-maxillaire serait respecté. Des extrémités de cette première incision j'en fis partir deux autres : l'une dirigée en haut et en dedans le long du sillon naso-génien et ayant environ 3 centimètres ; l'autre dirigée en haut et en dehors vers la saillie de l'os malaire dans une étendue de 4 centimètres. Je respectai ainsi l'intérieur de la bouche, la lèvre inférieure, le canal de Sténon et je ménageai quelques-uns des nerfs faciaux qui se rendent à la paupière inférieure.

Après avoir procédé ensuite à la dissection du lambeau circonscrit par ces incisions, puis je pratiquai à l'aide de la scie à chaîne la division de l'os malaire et de l'apophyse montante du maxillaire. Ces différentes parties de l'opération s'accomplirent pendant l'anesthésie du patient. Après le tamponnement de la fosse nasale correspondante, sans que seule goutte de sang pût couler dans le pharynx.

Il restait à faire la section de la voûte palatine et du bord alvéolaire, et, pour pouvoir entretenir l'anesthésie sans danger, il fallait empêcher l'écoulement du sang dans le pharynx. Pour cela je divisai la lèvre supérieure dans toute sa hauteur par une incision verticale partant de l'extrémité interne de l'incision horizontale que j'avais commencée. Puis, je fis serrer fortement, entre les doigts, par deux épingles les lambeaux résultant de cette incision, de façon à s'opposer à l'écoulement sanguin, et, ayant arraché la deuxième incisive latérale, je tentai, avec une petite scie à main introduite dans la

fosse nasale de diviser le bord alvéolaire et la voûte palatine. Je me proposais de pratiquer cette section rapidement en intéressant *le moins possible* la muqueuse, par suite de la facilité avec laquelle se décolle le périoste de la voûte palatine; j'aurais pu ainsi ébranler le maxillaire et en produire la luxation sans qu'il y eût un écoulement sanguin notable dans le pharynx. Mais je ne pus réaliser mon programme, je n'avais à ma disposition qu'une scie à main trop grande et trop flexible, tandis qu'une scie à main étroite et solide eût été nécessaire pour pratiquer cette partie de l'opération. Aussi, rencontrant quelques difficultés j'eus recours à la scie à chaîne introduite avec la sonde de Belloc par une incision du voile du palais. Ce temps de l'opération s'exécuta rapidement et je pus produire la luxation du maxillaire avant que le malade ne fût éveillé. La paroi inférieure du sinus maxillaire céda sous la pression du davier avec lequel j'avais saisi l'os pour le luxer, et la paroi inférieure de l'orbite fut ainsi presque complètement ménagée.

Lorsque le malade commença à s'éveiller, je divisai, en terminant par le voile du palais, les parties molles qui seules retenaient le maxillaire en place.

J'eus alors lieu de m'applaudir de l'ablation totale du maxillaire; le polype était plus volumineux qu'il m'était permis de le supposer avant l'opération. Je détachai quelques adhérences contractées avec les parties voisines par l'embranchement génien qui envoyait un prolongement jusque dans la fosse zygomatique. Poissaisissant fortement le polype, aussi près que possible de son pédicule, avec un très-fort davier à résection, j'en fis la torsion en l'attirant à moi. Après plusieurs tentatives, mes efforts furent couronnés de succès et j'entraînai complètement le polype. Cet arrachement ne donna lieu qu'à un très-léger écoulement sanguin. La cavité du sinus sphénoïde qui aurait pu recevoir une noix était complètement dépouillée de son périoste. Le doigt porté sur le corps du sphénoïde et l'apophyse basilaire ne rencontre aucun débris de la tumeur. Je ne crus pas nécessaire de faire de cautérisation au niveau de l'insertion du pédicule, et après m'être assuré que l'écoulement sanguin avait cessé, je procédai à la réunion des lambeaux.

Quatorze points de suture furent nécessaires pour obtenir leur coaptation exacte.

Les suites de cette opération furent très-simples. Il y eut une réaction très-légère. Le sixième jour j'enlevai les fils métalliques. La réunion eut lieu par première intention pour les incisions supérieures et la plus grande partie de l'incision horizontale. La réunion eut lieu

par première intention dans le tiers inférieur du niveau de
au niveau de son bord libre.

de quitta Tours complètement guéri dans les premiers jours
avril. Il m'a souvent répété qu'il n'avait pas souffert pen-
sation et n'en avait gardé aucun souvenir.

Depuis lors l'occasion de l'examiner avec le miroir pharyn-
r a pas d'apparence de récédive. La cicatrice de l'incision
e est déprimée et la lèvre supérieure attirée en haut, il existe
encoche, par rétraction de la cicatrice, au niveau de son
. L'application d'une pièce prothétique pourra remédier en
ste difformité.

en du polype me montra qu'il avait bien été enlevé complé-
es figures, que je dois à l'obligeance de M. Blanchet, in-
hôpital de Tours, en sont la reproduction exacte et de
naturelle. Ce polype présentait 1° un embranchement
m; 2° un embranchement génien, ayant traversé le trou
latin et la fente ptérygo-maxillaire et envoyant un prolon-
ans la fosse zygomatique (au-dessous de l'arcade de ce
e partie de la tumeur présente une sorte d'étranglement);
branchement dans la cavité du sinus maxillaire; 4° un
ement, peu volumineux, dans la fosse nasale gauche;
m prolongement dans le sinus de l'osphénoïde. Le pédicule
me l'étendue d'une pièce d'un franc, et sur une partie de sa
nce, il existait de petites lamelles osseuses qui avaient été
avec lui. Ce polype était très-dur, peu vasculaire et sem-
évidemment de nature fibreuse. Il présentait cette particu-
l envoyait un prolongement génien très-volumineux, tandis
ésentait que des dimensions assez restreintes du côté des
iales. L'examen de cette pièce justifiait donc bien l'opération
ire que j'avais pratiquée.

pération a pu être faite pendant l'anesthésie, sans exposer le
x dangers de la pénétration du sang dans les voies aériennes
ut, j'ai eu recours à un procédé qui m'a été inspiré par la
un travail de M. le professeur Verneuil, dans lequel ce chi-
signale les services que peut rendre le tamponnement des
iales dans un grand nombre des opérations sanglantes qui se
t sur la face. Ce procédé se rapproche de celui de Gensoul
rection des incisions, mais il en diffère par leur moindre
et surtout par la succession des temps de l'opération. Ainsi
e faire d'abord la section des parties molles, puis celle des
divisé les attaches supérieures du maxillaire et ensuite ses

parties inférieures, de façon à ne pénétrer dans la cavité buccale que pendant le dernier temps de l'opération et seulement après avoir fait toutes les sections osseuses, ébranlé et luxé le maxillaire qui ne se trouve plus alors maintenu que par les parties molles. Grâce au tamponnement des fosses nasales, le sang ne peut couler dans le pharynx. Il n'y a donc plus à redouter sa pénétration dans les voies aériennes, d'où plus de contre-indication à l'emploi des anesthésiques.

RAPPORT.

M. PAULET lit un rapport sur un travail, de M. Rouge, de Lausanne, intitulé : *Anévrysme de la carotide primitive droite, guéri par la compression digitale indirecte et intermittente.*

Messieurs,

Dans le courant du mois d'octobre dernier, la Société de chirurgie a reçu de M. le docteur Rouge, chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Lausanne, un travail intitulé : *Anévrysme de la carotide primitive droite, guéri par la compression digitale, indirecte et intermittente.* Ce travail a été renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Després, de Saint-Germain, Paulet, et c'est comme rapporteur de cette commission que je viens aujourd'hui vous en rendre compte.

Placé à la tête d'un important service de chirurgie, l'auteur a eu plusieurs fois déjà l'occasion d'observer des tumeurs anévrysmales; c'est ainsi qu'il rappelle, mais brièvement et à titre de simple mention, un anévrysme du tronc brachio-céphalique, un autre de l'artère sous-clavière, un anévrysme sacciforme de l'aorte thoracique et enfin un anévrysme poplité qu'il a traité et guéri après 120 heures de compression digitale et mécanique indirecte, intermittente.

L'intéressante observation dont j'ai à vous entretenir est relative à un anévrysme de l'artère carotide primitive droite. Le malade a 68 ans; il est vigoureux et a toujours joui d'une excellente santé. En 1854, un timon de voiture l'atteint à la partie supérieure de la poitrine et le renverse évanoui; mais malgré la violence de cette contusion, il se rétablit en quelques jours et ne paraît pas s'être jamais senti de cet accident.

C'est seulement en 1865 qu'apparut au côté droit du cou une tumeur du volume d'une noisette; mais l'affection était indolente, il la négligea. Deux ans après, en 1867, la tumeur s'accroissait rapidement en même temps qu'apparaissaient des douleurs de plus en plus vives. Pressé par la souffrance, il se présentait à M. Rouge, qui, assisté de deux confrères, diagnostiqua sans peine un anévrysme de la carotide

Le malade se refusa d'ailleurs à toute espèce de traitement fin de l'hiver suivant et n'entra à l'hôpital de Lausanne mars 1868. A cette époque la tumeur avait acquis 12 centimètres long sur 11 de large, elle était située sous le sterno-mastoïdien et s'étendait depuis le bord inférieur du cartilage cricoïde au sommet de l'apophyse mastoïde; son point le plus bas correspondait au niveau de l'angle de la mâchoire. Grâce aux photographies qui accompagnent la relation de M. Rouge, un seul coup d'œil se rendre un compte exact du développement de la tumeur. Quant à sa nature, il n'y avait pas le moindre doute, mouvement expansif, bruit de souffle un peu rude, symptômes caractéristiques des dilatations anévrysmales au plus haut degré et disparaissaient ensemble par la compression de la carotide à sa partie inférieure. La peau n'était ni adhérente dans sa couleur. La voix était normale; la respiration n'était gênée que dans la mesure où la tumeur comprimait les bronches. Les battements s'exécutaient sans gêne. D'après l'auteur, l'anévrysme avait son origine à la hauteur du bord supérieur du cartilage cricoïde, c'est-à-dire au point de bifurcation de la carotide primitive. Le malade était maigre, l'artère s'isolait facilement et sa longueur était suffisante pour qu'on pût songer à pratiquer la compression digitale. C'est en effet ce qui fut exécuté à partir du 15 mars. Le nombre et la durée des séances furent modifiés suivant le bon plaisir du malade, cependant, en moyenne, la compression fut maintenue pendant sept ou huit heures chaque jour, on alla même jusqu'à dix heures et demie. Dès le second jour, diminution évidente de la tumeur. A partir du septième, la tumeur revient notablement à son état normal, le sterno-mastoïdien reprend sa direction normale. Les battements, les mouvements expansifs et le bruit de souffle diminuent. Enfin, le 29 mars, on peut considérer le malade comme guéri. La compression digitale avait été appliquée pendant dix-sept jours, elle avait duré cent trente heures et demie. Toutefois, par précaution, on continua à comprimer du 2 au 25 avril, mais de façon très-intermittente et seulement une heure et demie par jour.

La guérison a été constatée le 8 mai par tous les membres de la commission de médecine, et depuis cette époque le malade est resté guéri.

En quelques mots le résumé du fait intéressant rapporté par M. Rouge.

Je veux maintenant appeler votre attention sur quelques remarques faites par l'auteur lui-même et sur certaines particularités qu'a présentées le malade pendant son traitement.

Lorsqu'il s'agit de comprimer la carotide primitive, il semble tout naturel d'appliquer directement les doigts sur la face antérieure du vaisseau et d'aplatir celui-ci contre le plan résistant formé par l'apophyse transverse de la sixième vertèbre cervicale. C'est ainsi que procéda d'abord le chirurgien de Lausanne; mais les douleurs excessives occasionnées par la compression du pneumo-gastrique, l'obligèrent bientôt à abandonner ce moyen. Le même fait avait déjà été noté par Gioppi, par Delore, et il l'aura certainement été par tous les observateurs qui auront voulu agir de la même façon.

La compression de l'artère contre le tubercule carotidien suspend complètement le cours du sang, aussi restera-t-elle toujours comme une excellente ressource dans les hémorrhagies de la tête et du cou. Mais si cette compression doit être maintenue longtemps, comme lorsqu'il s'agit de traiter un anévrysme par la compression indirecte, elle devient absolument insupportable pour les malades et doit être rejetée.

La même reproche est évidemment applicable à la compression mécanique de la carotide primitive, car tous les compresseurs inventés jusqu'à ce jour n'ont pas d'autre action que d'aplatir l'artère contre la colonne vertébrale et partant de comprimer en même temps le pneumo-gastrique. Il est juste d'ajouter que les fâcheux effets de cette compression ne se manifestent pas aussi souvent qu'on serait porté à le croire, grâce à l'extrême facilité avec laquelle se déplacent les pelotes de ces instruments. En résumé, quand l'instrument agit, il est intolérable; quand il est toléré, c'est qu'il n'agit pas.

M. Rouge voulut aussi faire usage d'un compresseur, mais il dut y renoncer. Quant à la compression digitale, il parvint à la rendre supportable pour son malade en la pratiquant latéralement, comme l'avait déjà fait Gioppi en 1856. Le ponce était placé sous le bord antérieur du sterno-mastoïdien, les trois doigts suivants sous le bord postérieur du même muscle, et l'artère était saisie et comprimée dans cette sorte de pince. Malgré cette précaution il ne fut pas toujours possible de maintenir le pneumo-gastrique isolé du vaisseau, et à plusieurs reprises le pincement du nerf occasionna des accès de toux.

Un autre inconvénient résulte de la nécessité d'appliquer les doigts toujours sur le même point des téguments. L'artère fémorale, l'artère humérale sont accessibles à la compression dans une assez grande étendue de leur trajet, et l'on peut, en variant les points d'application de la force, éviter les excoriations et les escharres de la peau. Au cou, il n'en est pas de même, ce n'est que sur une très-petite longueur qu'on peut agir efficacement sur la carotide : aussi est-il bien difficile.

possible, de conserver au tégument toute son intégrité. Le troisième jour le malade de M. Rouge avait des excoriations; mais, en employant quelques moyens préservatifs tels qu'huile de lycopode, le collodion, on put mener à bonne fin ce traitement dont je vous ai déjà fait connaître les heureux résultats. La rupture subite du cours du sang dans la carotide ne paraît pas déterminée d'accidents sérieux du côté de l'encéphale, comme il est souvent arrivé à la suite de la ligature. Le malade s'est seulement plaint d'un peu de céphalalgie pendant quelques jours. Voici maintenant un fait assez singulier qui semble avoir produit une altération de la circulation artérielle. Lors de son entrée à l'hôpital, le malade portait à la face, au point de jonction de la narine droite avec le naso-labial, une excroissance verruqueuse très-vasculaire, surmontée d'une petite tumeur. Pendant le cours de la compression, cette tumeur se flétrit, se sphacéla, et l'ulcération qui résulta de la destruction de l'escharre devint le point de départ d'un érysipèle qui gagna le nez, le front, la face entière et le cou. Preuve évidente que les artérioles entre les deux moitiés de la face ne sont pas suffisantes pour rétablir rapidement le cours du sang. Il existait une cataracte double, un peu plus avancée à gauche qu'à droite. Après la guérison de l'anévrysme, la cataracte resta stationnaire du côté gauche, tandis que l'opacité du cristallin devint complète du côté où la carotide avait été com-

pression terminée son travail en rappelant sommairement les cas jusqu'ici et dans lesquels la compression digitale a été appliquée avec succès à des anévrysmes de la tête et du cou. Ces cas sont au nombre de quatre. Le premier appartient à Gioppi de Padoue. Il fut appliqué à une femme de 42 ans, guérie en quatre jours d'un anévrysme de l'artère ophthalmique gauche par la compression de la carotide primitive (*Giornale d'oftalmologia italiano* 1858, fasc. 4 et 5. — *Oculistique* 1858, 5^e et 6^e livraisons).

Le 25 d'avril 1858, Vanzetti guérit une femme de 49 ans atteinte d'un anévrysme de l'artère ophthalmique gauche. Quinze jours de traitement par des heures vingt minutes de compression en tout, suffirent pour obtenir la guérison (Petiteau, *Thèse de Paris*, 1858, n° 255. — *Archives générales de médecine*, décembre 1858).

Enfin, Defore essaya la compression digitale sur un homme de 40 ans, dont l'anévrysme siégeait sur la carotide primitive gauche, il avait le cou entouré d'une orange. Il fut impossible de saisir l'artère en passant par le sterno-mastoïdien, il fallut comprimer directement contre l'artère. — TOME IX.

a colonne vertébrale, et les douleurs furent tellement vives que le malade refusa de continuer (*Gazette des Hôpitaux*, 1860).

En 1863, Scheppard obtint un beau succès après cinq semaines de compression. L'anévrysme siégeait sur la carotide droite (*Medical times*, 1863. — *Gazette hebdomadaire*, 19 février 1864. — *France médicale*, 30 mars 1864).

A ces quatre cas nous en joindrons un cinquième, communiqué à l'Académie de médecine en 1864 par M. Legouest. Il s'agissait d'un anévrysme de l'artère ophthalmique contre lequel la compression digitale resta sans résultat, et dont la ligature de la carotide amena la guérison.

En somme, sur six malades traités par la compression digitale, quatre ont guéri. Malgré leur petit nombre, ces chiffres suffisent pour placer ce moyen en première ligne, d'autant plus qu'il n'a jusqu'à présent occasionné aucun accident sérieux. D'ailleurs, en cas d'insuccès, le chirurgien est toujours le maître d'avoir recours à la ligature s'il la juge praticable.

Outre le travail manuscrit dont je viens de vous rendre compte, M. Rouge a encore adressé à la Société un certain nombre de brochures dont nous avons pris connaissance avec le plus vif intérêt, mais dont je ne puis que vous signaler les titres pour ne pas augmenter outre mesure les dimensions de ce rapport. Ce sont :

1° *Quelques mots sur l'uréthrotomie interne*, avec observations à l'appui.

2° Une observation d'anévrysme poplité guéri par la compression digitale et mécanique, indirecte, intermittente.

3° Une observation de rhinoplastie, dont il vous a déjà été rendu compte par M. le secrétaire général, et dans laquelle a été employé un très-ingénieux procédé qu'on pourrait appeler : procédé par glissement d'un pont cutané.

4° Un travail sur la palato-plastie avec trois observations.

5° Une brochure intitulée : *Autoplasties diverses de la face*.

6° Enfin, une série d'articles insérés dans le *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*, journal dont l'auteur est le rédacteur en chef.

Toutes ces publications renferment des observations sérieusement rédigées et des appréciations critiques d'une valeur réelle.

Quant à l'observation d'anévrysme carotidien sur laquelle je me suis le plus longuement étendu, elle constitue un fait important, d'une authenticité incontestable, et contribuera pour une large part à établir

de la compression digitale pour le traitement des anévrismes de la carotide primitive ou de l'une de ses branches.

En conséquence, votre commission a l'honneur de vous proposer de dresser des remerciements à M. le docteur Rouge pour sa dévouée collaboration ;

d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger ;

de donner place à son observation dans vos bulletins.

anévrisme de la carotide primitive droite. Guérison par la compression digitale indirecte intermittente,

Par M. le D^r ROUGE (de Lausanne).

En notre pays les anévrismes sont rares. Grâce au concours de circonstances diverses, j'ai cependant eu l'occasion d'en voir plusieurs ces derniers mois. Le premier était un anévrisme sacciforme de l'aorte thoracique ; la tumeur faisait saillie en arrière à gauche, entre le processus du processus de l'omoplate et les apophyses épineuses des premières vertèbres dorsales. Le malade, âgé de 41 ans, avait été occupé pendant dix ans à charger des wagons de ballast sur une ligne de chemin de fer ; depuis il avait quitté ce pénible métier pour exercer la profession de jardinier.

Après plusieurs reprises, il ressentit de vives douleurs dans le côté droit du thorax. On les traita comme points pleurétiques. Un jour, à Praroch, il travaillait à arracher des arbres qu'il devait traîner tout seul à une certaine distance jusqu'au chemin. Après un effort vigoureux, il ressentit de vives douleurs à l'épaule et fut forcé de quitter son ouvrage. Il vint à l'hôpital de Lausanne. Le malade présentait derrière l'épaule une tumeur ayant 12 centimètres dans le sens vertical, 7 dans le sens horizontal ; elle était le siège de battements isochrones à ceux du cœur ; on entendait des bruits aussi éclatants qu'à la région du cœur ; il existait un léger souffle au premier temps. Ce malheureux mourut subitement, après avoir craché quelque peu de sang.

Après l'autopsie on constata, ce qui d'ailleurs avait été facilement diagnostiqué, que la quatrième et la cinquième côtes sont fracturées et que le passage à la tumeur ; la troisième côte est érodée, le corps des troisième, quatrième, cinquième et sixième vertèbres thoraciques ; on remarque l'intégrité des disques intervertébraux conservés et font saillie sur le profil de la colonne ; il y a un travail de résorption rendu impossible dans les cartilages

par l'absence de vaisseaux, facilité au contraire par la vascularisation du tissu osseux. La poche anévrysmale énorme présente une large perforation à l'endroit qui s'appuie au ventricule gauche ; cette solution de continuité n'est-elle pas le résultat d'une sorte d'usure également due à un travail de résorption activé par les chocs que se donnaient réciproquement le ventricule et la tumeur ? L'anévrysme contient une épaisseur notable de caillots stratifiés. Le poumon gauche, aplati, comprimé, réduit à l'épaisseur d'une feuille de papier d'emballage, a perdu les quatre cinquièmes au moins de son volume normal.

Peu de temps après je reçus dans mon service un homme de 53 ans, atteint d'anévrysme poplité ; il guérit en dix jours, après 120 heures de compression digitale et mécanique, indirecte, intermittente (1).

M. le docteur Fonjallaz nous amena un jour à la consultation de l'hôpital un vigneron d'âge mûr, porteur d'un anévrysme du tronc brachio-céphalique ; cet individu a succombé chez lui à une lente asphyxie.

Nous venons de voir un anévrysme de la sous-clavière chez un jeune Italien vigoureux, âgé de 30 ans ; la tumeur est énorme, elle s'étend du tiers externe de la clavicule jusqu'au bord supérieur du sternum, derrière lequel elle disparaît, ce qui me fait croire que le tronc innominé est aussi compromis ; il existe des vertiges et des accès de suffocation. Nous avons conseillé, sans grand espoir à la vérité, le traitement de Valsalva et la digitaline à la dose de 3 milligrammes par jour.

En janvier, M. Fonjallaz me présente un second malade, voisin du premier ; il était atteint d'un anévrysme de la carotide. C'est lui qui sera le sujet de l'observation suivante.

Louis F... est âgé de 68 ans. Il habite le village de Grandvaux, situé sur le flanc de ces riants coteaux dont les pentes rapides relient les hauteurs boisées du Sorat au bassin du Léman. Vigneron et fils de vigneron, il raconte que dans sa famille on ne connaît que la santé ; son excellente constitution vient appuyer son dire. Robuste et bien musclé, il est d'une taille au-dessus de la moyenne ; ses yeux sont bruns, vifs ; ses cheveux abondants et foncés ; son teint hâlé par le soleil.

En 1854, il aidait un de ses voisins à manœuvrer un char pesant, il fut alors violemment frappé par l'extrémité du timon à la partie supérieure de la poitrine ; il s'évanouit, car le choc avait été rude, et le médecin appelé constata, dit-il, une luxation de l'extrémité sternale

(1) *Bulletin de la Société vaudoise de médecine*, 1867, n° 10.

rue droite. Peu après il reprit ses laborieuses occupations sans sentir point de cet accident.

Quelques ans, F... s'aperçut un jour de la présence au côté droit d'une tumeur grosse tout au plus comme une noisette; elle se trouvait sous le sterno-mastoïdien, à peu près à la hauteur du tiers supérieur du tiers inférieur de ce muscle. La tumeur augmenta de volume d'une manière insensible. Elle n'éveilla aucune inquiétude qu'en septembre 1867. A dater de cette époque, elle empêcha les mouvements de rotation de la tête, le siège d'élançements; ces « lancées », comme il les appelle, n'étaient pas constantes. A la fin de l'année 1867, la tumeur prit un développement plus rapide; en même temps la douleur se répétait à intervalles plus rapprochés, les mouvements de rotation du cou devenaient plus difficiles, le cou était souvent « raide ». Je vis F... à ce moment, en consultation avec M. le docteur Fonjallaz et M. de la Harpe, médecin en chef de l'hôpital cantonal. Il n'y eut pas d'hésitation sur le diagnostic. On reconnut un anévrysme de la carotide. L'un de nous émit l'avis de l'opérer le plus tôt possible vu le développement rapide de la tumeur; il lui fit craindre qu'en temporisant la poche ne s'étendît, devenant de plus en plus grande, les dangers de la ligature, qui devenaient de plus en plus impossibles. Le malade refusa les secours de l'art ayant encore dans la vigueur de sa constitution. Cependant à la fin de l'année 1868, l'augmentation de la tumeur et l'intensité croissante de la douleur inquiétèrent assez notre vigneron pour le décider à prendre conseil à Lausanne. Il y fut admis le 6 mars dernier, voici l'état.

La santé générale est bonne, les diverses fonctions s'accomplissent sans difficulté. L'existence au côté droit du cou d'une tumeur de la grosseur d'une noisette, F... s'estimerait heureux. Cette tumeur suit la direction du sterno-mastoïdien; elle commence à la hauteur du bord inférieur du cartilage cricoïde et remonte jusqu'au sommet de l'apophyse mastoïdienne. Au point le plus large, elle est limitée en dedans par le thyroïdien, en dehors par le sterno-mastoïdien, qu'elle dépasse en s'élévant ainsi toute la région comprise entre l'oreille et le cou. En bas, le sterno-mastoïdien en arrière, le larynx en avant. Elle mesure 12 centimètres de longueur, 11 de largeur. Elle est ovale, oblongue plutôt; son sommet répond à l'apophyse mastoïdienne. En se développant, elle a repoussé en dehors et en arrière le sterno-mastoïdien à sa partie moyenne; sa circonférence est partout la même, et sa partie la plus saillante se trouve à l'angle de la mâchoire, qui est entièrement effacée. La

peau a sa coloration normale, elle est sillonnée par quelques rides ayant dans leur ensemble une direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant. La pression, la palpitation ne sont pas douloureuses. La tumeur est animée de pulsations isochrones aux battements du cœur. Elle présente des mouvements d'expansion appréciables à l'œil; les doigts appliqués sur deux points opposés constatent de la manière la plus nette cette augmentation de la tumeur pendant la systole ventriculaire. A l'auscultation, on perçoit un bruit de souffle assez rude au premier temps, plus doux au second. Tous ces phénomènes, pulsation, expansion, bruit de souffle disparaissent par la compression de la carotide. Il n'existe pas de gêne dans la déglutition, la respiration est libre, le timbre de la voix normal. Le malade est sujet aux vertiges, il a des bourdonnements fatigants dans les oreilles, il ne peut dormir du côté droit à cause du bruit occasionné par les battements.

Je priai M. le docteur Recordon, médecin de l'asile des aveugles de Lausanne, de bien vouloir examiner les yeux de F... M. Recordon constata l'existence, à l'éclairage oblique, d'une double cataracte à son début, plus avancée à droite qu'à gauche; en outre l'ophtalmoscope vint révéler une scléro-choroïdite postérieure (*staphyloma posticum*) de l'œil droit. Ajoutons encore qu'à la face, au point de jonction du sillon naso-labial avec la narine, il y avait à droite une excroissance verruqueuse assez considérable, sillonnée de petites varices. Le cœur, ausculté avec le plus grand soin par plusieurs de nos confrères, par notre collègue M. de la Harpe, médecin en chef de l'hôpital, et par nous, n'a présenté aucun bruit anormal. Le pouls, un peu irrégulier, était à 80. Les battements de la temporale étaient bien plus faibles à droite qu'à gauche.

Voici le tracé des pulsations de la radiale pris du côté malade et du côté sain, dans la même séance, avec le sphygmographe de M. Marey.

Tous les phénomènes que nous venons d'exposer ont été constatés, vérifiés et contrôlés par un grand nombre de médecins, parmi lesquels je citerai MM. Fonjallaz, médecin du malade; Zimmer, ancien interne de l'hôpital cantonal; de la Harpe père et fils; Recordon; Mazelet, membre du conseil de santé; Chavannes, professeur; Morax et Odier, tous deux anciens internes des hôpitaux de Paris; Joël, médecin de l'hôpital des Enfants, et bien d'autres encore. Tous vérifièrent l'exactitude du diagnostic posé en premier lieu par M. Fonjallaz, puis par nous. Les signes d'un anévrysme de la carotide droite étaient tellement évidents, si nombreux, qu'il n'y avait pour personne d'hésitation possible.

à préciser plus complètement le diagnostic. La tumeur avons-nous dit, au-dessous du bord supérieur du cartilage. Or, on sait, et M. Richet l'a bien établi, que c'est, chez cette hauteur que se trouve la bifurcation de la carotide n'y avait aucune difficulté dans la déglutition, et l'on ne sentait aucune tumeur, aucun battement dans le pharynx; l'anévrisme de la carotide interne devait être écarté; la tumeur qui descendait de la carotide primitive partait évidemment de sa bifurcation, c'est-à-dire, au dire des auteurs, est le siège de prédilection des anévrysmes de cette artère (2); je diagnostiquai un anévrysme partant de ce point du tronc carotidien droit.

Je traitai mon malade par la compression digitale. Le malade, le sterno-mastoldien se dessinait avec netteté, le relief bien accentué; le vaisseau s'isolait assez facilement; au-dessous de la tumeur était suffisante pour qu'on put sentir l'artère avec les doigts. Je n'eus pas de peine à décider le malade résolu, tenace et patient. Sa persévérance ne se démentit pas pendant le cours du traitement, elle soutint la nôtre et aboutit au succès.

Je blai quelques aides. Ceux-ci, qui avaient encore présenté la guérison par la compression d'un anévrysme poplité, avec complaisance à l'exécution de mon plan; je comptais sur un interne de service, qui eut soin de prendre des notes sur mon absence à la bonne *marche* du traitement; sur un élève en médecine; sur mes infirmiers et sur les personnes d'une bonne volonté qui voudraient bien se dévouer avec nous.

Comme ce dernier espoir ne se réalisa point, nous restâmes sur nos propres forces; je dois même constater, car c'est un fait qui s'explique peut-être pourquoi la compression digitale n'est pas employée plus fréquemment, que l'hôpital fut privé quelque temps de ses habitués, qui craignaient les ennuis d'une réqui-

sition digitale est, en effet, ennuyeuse et pénible. Quoiqu'il en soit, secondé par la bonne volonté du malade et de mon personnel, encouragé par un succès récent, on se mit, le 12 mars, à la

2 Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. — Carotide. — Quelques pathologistes, les dégénérescences athéromateuses de la carotide primitive se trouvent le plus souvent à l'angle que forment entre ses deux branches secondaires.

Qu'on me permette quelques mots. J'avais cherché quel était le moyen le moins douloureux de comprimer l'artère. J'eus recours à la compression contre la sixième vertèbre cervicale; ce procédé me paraissait le moins fatigant, mais il causait une douleur si vive que notre homme ne put le supporter. Je pris alors la carotide entre le pouce de la main gauche placé en avant sur l'artère, et les deux ou trois doigts suivants appliqués en arrière sur la face postérieure du vaisseau qu'on serrait ainsi en l'isolant de la jugulaire et même du pneumo-gastrique. C'est ce procédé qui fut employé. Son mécanisme fut rapidement saisi par nos gens, qui se rendaient d'ailleurs parfaitement compte à vue d'œil de la manière dont ils comprimaient, à l'apparition comme à la disparition des battements de la tumeur. Chacun faisait la compression pendant un quart d'heure à peu près; on pouvait tenir plus longtemps si l'on changeait de main, on parvenait aussi à soulager les doigts occupés en les serrant avec ceux de la main opposée.

Le malade était commodément assis sur un fauteuil, la tête soutenue par un dossier; la personne qui comprimait restait ordinairement debout; assise, elle pouvait agir, mais avec moins de facilité. Le patient me fit renvoyer deux aides qui lui causaient une douleur atroce. Il préférerait mourir, disait-il, plutôt que de subir la compression faite par ces employés, plus vigoureux qu'intelligents. Cette double élimination nous réduisit à cinq. C'était assez; nous étions tous pleins de zèle et d'espoir.

12 mars : 7 heures de compression. — On commence la compression le 12 mars à dix heures du matin. Nous avons recouvert de poudre de lycopode l'endroit où les doigts s'appliquent. Au bout de deux heures, le malade, qui n'a jusqu'ici présenté aucun symptôme du côté des organes de la respiration, est pris d'accès de toux, dus probablement à la compression du pneumo-gastrique. Cette toux nous gêne beaucoup, car à chaque effort les mouvements déplacent l'artère qui parfois nous échappe. F... supporte bien le traitement. A deux heures, je lui fais donner un verre de vin; à cinq heures, on suspend la compression. La peau est rouge, l'épiderme s'enlève, compresses d'eau de Goulard.

13 mars : 7 heures. — F... raconte que, pendant la nuit, il s'est couché parfois sur l'oreille droite pour constater s'il était survenu quelque changement dans son état; il prétend que les battements sont moins forts, moins bruyants. La tumeur paraît un peu plus dure à la pression. Les pulsations sont évidemment moins énergiques. Le bruit de souffle au premier temps semble avoir perdu sa rudesse. La com-

est faite sans interruption de neuf heures du matin à quatre heures du soir. Collodion sur les points comprimés.

s : 7 heures. — La compression est reprise à dix heures du soir. Aujourd'hui le pouls est inégal et vif sans cause appréciable. On a pu constater les bons effets du traitement ; c'est toujours l'absence de ses petites observations en appuyant le côté malade sur l'autre ; les battements, le bruit de l'oreille diminuent. Toutefois à cinq heures, lorsqu'on cesse la compression, nous ne constatons hier aucun progrès.

s : 6 heures. — Ce matin, diminution marquée dans l'intensité des pulsations ; la tumeur paraît aussi moins volumineuse. F... étant couché, il y avait des moments où il lui était impossible de distinguer, par la perception des battements, le côté de la tumeur. Commencée à 7 heures du matin la compression est soutenue jusqu'à une heure ; elle est alors abandonnée jusqu'à cinq heures et reprise pendant une heure. M. le docteur Recordon, qui n'a vu le malade depuis le début du traitement, trouve une diminution manifeste dans le volume de la tumeur. La peau est excoriée, et se mouille d'eau de Goulard.

s : 7 h. 3/4. — On comprime de huit heures et demie à midi et on repose jusqu'à une heure, on reprend jusqu'à quatre heures, interruption jusqu'à cinq heures trois quarts, séance d'une heure. La compression est très-douloureuse à cause de l'ulcération de la tumeur en arrière comme en avant.

s : 7 h. 1/4. Les excoriations sont recouvertes d'une couche de collodion. La compression est faite de huit heures et quart du soir à midi un quart. M. le docteur Fonjallaz, qui vient voir le malade, est surpris des progrès que la compression a provoqués ; il lui paraît surtout à sa partie inférieure que la tumeur a diminué. On constate aussi que l'expansion est considérablement amoindrie. On cesse la compression à trois heures à six heures un quart.

rs : 9 heures. — Pas de changements appréciables depuis la compression continuée pendant neuf heures.

s : 10 heures. — Ce matin, les modifications sont sensibles. La tumeur est plus dure et sa forme a changé ; elle est devenue globuleuse. Le sterno-mastoidien, qui se trouvait repoussé en arrière, a repris sa direction normale. Les pulsations ne sont presque plus perceptibles à l'œil. Le retrait de la tumeur a démasqué la saillie de la partie inférieure. La compression est exercée sans interruption de six heures à quatre heures, puis suspendue jusqu'à cinq heures.

et reprise jusqu'à sept heures du soir. Le malade éprouve des vertiges.

20 mars : 9 heures. — Compression de huit heures et demie à midi. Le sillon entre l'anévrysme et la mâchoire s'est accusé davantage. La tumeur ne mesure plus que 9 centimètres en hauteur sur 9 1/2 en largeur. Après midi, compression pendant cinq heures et demie. Céphalalgie légère, accès de toux pendant la compression.

21 mars : 9 h. 1/2. — Séance de huit heures et quart à midi et quart. La tumeur a diminué, elle a 8 centimètres de hauteur et 9 de largeur. Apparition de rides nouvelles et prononcées sur l'anévrysme. Cinq heures et demie de compression après midi. Céphalalgie continue, mais légère.

22 mars : 7 heures. — Quatre heures de compression le matin. Trois heures après midi. Pas de changements.

23 mars : 9 h. 1/2. — On comprime trois heures et demie le matin et six heures après-midi. Le sillon entre le maxillaire et la tumeur se creuse de plus en plus. Apparition de nouveaux plis à la peau. L'expansion n'est plus perçue qu'à la face externe de l'anévrysme.

24 mars : 9 heures. Trois heures de compression le matin. La tumeur est de consistance fibreuse : 8 centimètres sur 8 1/2. Disparition du bruit de souffle au second temps. Six heures de compression le soir.

25 mars : 7 heures. — Deux heures de compression le matin. M. le docteur Odier, de Genève, constate avec nous la disparition des battements, qui persistaient encore hier dans la partie externe de la tumeur. Après midi, on comprime cinq heures.

Notons ici qu'à partir du second jour de la compression, F... s'est plaint de picotements et de douleurs lancinantes dans le bras droit, le tout suivi d'engourdissement momentané du membre, résultat du pincement de quelques filets nerveux.

26 mars : 7 heures. — Compression pendant sept heures. Plus de céphalalgie depuis quatre jours.

27 mars : 7 heures. — Sept heures de compression très-intermittente.

28 mars : 4 h. 1/2. — Quatre heures et demie de compression. La tumeur est excessivement dure. Plus d'expansion, plus de battements. Le malade dort indifféremment sur l'un ou l'autre côté. On cesse la compression. Mon personnel, dont la persévérance n'a été égalée que par la patience du malade, est très-fatigué. Pendant le cours du traitement j'avais fait exécuter un appareil pour suppléer à nos doigts ; c'était un collier en toile, convenablement matelassé, qui se fixait so-

à l'aide de courroies passant sous les bras; deux vis pour-pelotes étaient disposées de façon à prendre la carotide, l'une en avant et l'autre par derrière. Malheureusement cet appareil, malgré le fabricant, ne put jamais remplir son but. J'ai regretté de ne pas avoir à ma disposition le compresseur à pression élastique que j'ai vu, qui me paraît devoir être mieux supporté que le collier. C'est ici le lieu de dire qu'à plusieurs reprises je tentai la compression de l'artère contre la sixième cervicale. Elle était si douloureuse qu'on dut toujours l'abandonner, et, malgré la présence des doigts, oblitérer le vaisseau en le serrant entre les doigts.

Comme tout allait bien, je laissai le malade pendant quatre jours en observation; je ne fis qu'appliquer sur l'anévrisme une large cataplasme; on prescrivit quelques granules de digitaline.

I. — La compression digitale, reprise par prudence, est faite une heure et demie par jour d'une manière très-intermittente jusqu'au 25 avril.

Génération de l'anévrisme fut accompagnée d'un fait assez singulier. F... avait à la joue droite, au coin du nez, une excroissance verruqueuse de la grosseur d'une noisette et richement vascularisée. Or, pendant le cours de la compression, cette tumeur se sphacéla. L'ulcération qui résulta de la chute de l'écaille devint le point de départ d'un érysipèle, qui gagna le cuir chevelu entier et le cou.

— Je présente F... à la Société vaudoise de médecine. Tous les membres constatent l'entière guérison de l'anévrisme carotidien. Il n'y a plus de bruit de souffle dans la tumeur, qui offre la dureté du bois; il n'existe plus de battements. M. le docteur Recordon va examiner à nouveau les yeux de mon malade. La cataracte n'est restée stationnaire, tandis qu'à droite (côté malade) la cataracte complète du cristallin empêche l'examen du fond de l'œil.

Le lendemain de l'hôpital. Je l'ai revu depuis : la guérison est complète; il persiste un peu d'enrouement.

Le tracé sphygmographique pris ce jour aux deux radiales. Il est d'une manière bien remarquable de celui que j'ai donné plus

avant. Notre malade a subi 165 heures de compression qui se sont ainsi réparties : 130 h. 1/2 en 17 jours et 34 h. 1/2 en 16 jours. Pendant 16 jours, on a comprimé de 7 à 9 heures de temps par jour (une fois pendant 10 heures). Un jour la compression a duré 1 h. 1/2 et pendant une série de 23 jours on ne comprime que

M. VERNEUIL. Grâce au cas de M. Rouge et à quelques autres observations rassemblées par M. Paulet, le pronostic de l'anévrysme de la carotide devient moins grave. On pourrait rapprocher de ce fait un cas de M. Ciniselli, dans lequel la compression fut faite, pour ainsi dire, en jouant.

Je veux rappeler que les anévrysmes peuvent guérir sans qu'on fasse de compression trop fatigante et trop prolongée, ainsi que le démontre d'ailleurs le rapport de M. Paulet.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. le docteur PRESTAT (de Pontoise), membre correspondant, présente à la Société les deux pièces anatomiques relatives aux deux faits suivants :

1° Polype fibreux de l'utérus enlevé à l'aide de l'écraseur linéaire.

Dans les premiers jours de novembre, je fus appelé à Puyseux, près d'une femme de 35 ans, domestique, qui, depuis plusieurs mois, perdait incessamment en quantité modérée.

Elle avait éprouvé dans la nuit une perte très-abondante.

Cette femme, qui jusque-là avait refusé de se laisser examiner, y consentit, vaincue par la nécessité.

Je constatai la présence d'un polype volumineux, engagé dans l'orifice de l'utérus et remplissant la cavité du col. Le museau de tanche était fortement serré sur le polype et ne permettait pas l'introduction du doigt. La perte était suspendue au moment de mon examen.

Le seigle ergoté, pendant quarante-huit heures, à la dose de 8 grammes par jour, dans une potion, favorisa la sortie du polype au dehors de l'utérus, et le surlendemain, le toucher m'apprit que le polype était implanté sur la paroi antérieure du col. Le pédicule, que circonscrivait facilement le doigt, avait environ 1 centimètre d'épaisseur et avait très-peu de longueur.

A l'examen au spéculum, la partie visible de la tumeur paraissait couleur de lie de vin, saignante, vasculaire.

Des injections très-froides furent pratiquées pendant trois jours, que je jugeai nécessaires pour rétablir un peu les forces de la malade, affaiblie par la perte de sang.

Avec un écraseur linéaire, aidé de mon confrère le docteur Thibaut, ex-médecin principal de la marine, j'embrassai le pédicule de la tumeur préalablement amenée avec des ériges, et la section en fut faite

up de lenteur, dans la crainte que le pédicule ne contint
x volumineux et pour me mettre à l'abri d'une hémor-

i n'amena pas d'écoulement de sang. Pendant quelques
ut un écoulement à apparence lochiale.

de cette opération ont été aussi simples et aussi heureuses

me jour, cette malade se levait, et aujourd'hui, elle est
et rétablie.

r que j'ai enlevée avait 5 centimètres de long sur 2 1/2
le criait sous le scapel. La partie inférieure laisse voir à
petits foyers hémorrhagiques et de nombreux vaisseaux
surface de la tumeur. Il est probable qu'une partie de
sanguin se faisait par ces vaisseaux.

z DE CHÉGOIN. Je doute que ce soit un polype fibreux
lat nous ait présenté.

AT. Après l'excision de la tumeur, il n'y a pas eu d'écoule-
g, et je suis bien convaincu qu'il s'agissait d'un polype
s je dois avouer que certains points de la tumeur étaient
res.

lation spontanée d'une fracture du col du fémur
x mois et demi, chez une femme de 96 ans.

vé, au commencement de cette année, un cas de fracture
mur, qui présente quelque intérêt à cause du grand âge
e.

...., âgée de 96 ans et demi, fit, en se levant, dans les
irs de février, une chute dans sa chambre. Elle tomba sur
he. Je fus immédiatement appelé, et je constatai une frac-
psulaire du col du fémur gauche. Notre confrère, le doc-
neuve, appelé en consultation, conseilla de maintenir le
moyen d'un appareil composé d'une attelle articulée au
articulations de la hanche et du genou et maintenue par
et fixée sur la cuisse et au-dessus du genou. L'indocilité
e rendit cet appareil complètement inutile.

e ne garda le lit que quelques jours et passait ses journées
un fauteuil.

le deux mois, la fracture était consolidée avec un raccour-
le 4 à 5 centimètres, et au commencement du troisième
me L..., soutenue par deux domestiques, commença à
a faiblesse des mains excluait l'emploi de béquilles.

Depuis le sixième mois, à partir de l'accident, madame L... put marcher avec une canne.

Il est très-important de noter que cette dame, malgré ses 96 ans, est bien conservée, qu'elle a sa mémoire, son intelligence, et ne semble pas avoir plus de 80 ans.

LECTURE.

M. DUMÉNIL, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, lit un travail intitulé : *Corps fibreux de l'utérus, élimination spontanée, à travers les parois abdominales, d'une partie de la tumeur.*

Madame X..., d'Elbeuf, jusque-là très-bien portante, mariée, habituellement bien réglée, mais n'ayant pas eu d'enfants, commença à éprouver, vers l'âge de 37 ans, des douleurs dans le côté gauche du bas-ventre. Ces douleurs s'accompagnèrent d'un dérangement dans les règles caractérisé par des retards de deux ou trois mois alternant avec des pertes simulant de véritables fausses couches. Ces pertes se renouvelèrent pendant deux ou trois ans, puis les règles se rétablirent d'une façon normale jusqu'au mois d'août 1867, époque à laquelle elles cessèrent définitivement.

Un an après le début des douleurs, qui eurent toujours leur siège principal à gauche, le ventre commença à se développer par l'apparition d'une tumeur qui s'accrut lentement et progressivement de bas en haut.

Quatre ans après le début de la maladie, il y eut une recrudescence assez violente des douleurs habituelles avec accompagnement de fièvre et de vomissement. Le médecin qui donnait des soins à la malade reconnut une péritonite partielle. Ces accidents inflammatoires se renouvelèrent à deux ou trois reprises et cédèrent à une médication assez simple. Dans l'intervalle de ces récidives de souffrances aiguës, cette femme, très-courageuse et très-patiente, reprenait son travail d'ouvrière de fabrique.

Vers le milieu de 1867, son médecin, croyant à l'existence d'un kyste de l'ovaire et espérant la soulager, fit une ponction, mais il ne s'écoula pas une goutte de liquide.

La malade me fut adressée par mon confrère et ami le docteur Bertrand, peu de temps après cette ponction en août 1867. Sa santé générale ne paraissait pas avoir souffert sensiblement; elle était maigre, mais d'une maigreur inhérente à sa constitution plutôt que le résultat d'un dépérissement maladif. Toute la moitié inférieure de la

J'observai alors, comment les choses s'étaient passées, au rapport du docteur Bertrand qui avait pu suivre le travail d'élimination : La masse sanieuse, saillante à travers l'ulcération abdominale, avait grossi progressivement au point que la malade était obligée de la soutenir avec une serviette qui contenait la tumeur comme un véritable sac. Celle-ci, d'odeur repoussante, noirâtre, comme formée d'une masse filamenteuse macérée et desséchée, était rattachée à son siège primitif dans l'abdomen par un pédicule paraissant flétri comme le reste de la tumeur. La malade s'opposa à la section de ce pédicule qui eût été très-facile, et la masse tomba spontanément. Les ulcérations se cicatrisèrent très-rapidement, l'appétit se ranima et les forces se rétablirent promptement.

Lorsque je revis la malade au mois d'octobre, le volume du ventre était revenu à l'état normal, il était parfaitement souple, indolent, et présentait à la place des ulcérations des cicatrices dont la principale, située entre l'ombilic et l'épine iliaque gauche, recouvrait une solution de continuité des plans musculaires et aponévrotiques, de forme arrondie, à bords tranchants, comme un anneau herniaire fortement dilaté, permettant l'introduction de trois ou quatre doigts. Dans les efforts, le contenu de l'abdomen faisait saillie dans cette ouverture.

Profondément dans la région hypogastrique, on sentait encore une tumeur du volume du poing environ, transmettant au col de l'utérus les mouvements qu'on lui imprimait par la pression.

Je recommandai à la malade l'usage d'un appareil analogue aux bandages pour hernie ombilicale.

Cette observation est, après celle que le docteur Loir a communiquée à la Société de chirurgie en 1847, le seul cas que je connaisse d'élimination spontanée d'une tumeur de l'utérus à travers les parois abdominales, et ce fait a sur celui de M. Loir l'avantage, sinon d'une guérison complète, au moins de l'éloignement de dangers qui menaçaient immédiatement l'existence.

C'est aux adhérences de la tumeur avec la paroi abdominale qu'il faut évidemment attribuer l'absence d'accidents dans ce travail de destruction si long et si effrayant. Ces adhérences, en effet, lorsqu'elles sont très-étendues et très-solides, transforment en quelque sorte une tumeur interne en une tumeur extérieure, lorsque, d'ailleurs, elle n'a pas de connexions trop intimes avec les viscères.

Il me semble qu'il ne peut y avoir ici aucun doute sur la nature et le point de départ de la tumeur. Les irrégularités de la menstruation et les pertes du début, le mode de développement de bas en haut, les rapports de cette production morbide avec l'utérus se traduisant par

si on des mouvements de l'une à l'autre, le résultat négatif, l'absence d'écoulement de liquide kystique pendant la lémination, attestent suffisamment qu'il s'agit d'une production de l'utérus.

considérer ce fait comme un exemple de guérison complète? nt non, puisqu'il reste encore une masse relativement peu le, il est vrai, mais susceptible de subir un nouveau développement et de provoquer quelques accidents. Cependant, comme la on paraît définitivement supprimée et que cette suppression ltat de l'âge autant, sinon plus, que de la maladie, nous d'espérer que ce qui reste de la tumeur persistera dans les uelles ou même subira ce travail d'atrophie qu'on observe s dans des masses plus considérables après la ménopause.

PRÉSENTATION D'APPAREIL.

MEAUX présente, au nom de M. le docteur Hennequin, un aginé pour servir dans le traitement des fractures du fémur algie.

Appareil du docteur Hennequin.

fractures de cuisse et dans les coxalgies, on peut mettre en trois positions, position rectiligne; double plan incliné à divers degrés; guerre.

que soit celle que l'on adopte, l'appareil se prête à tous les u membre.

tière inférieure devient inutile lorsque le membre inférieur en troisième position.

on. — Dans la position rectiligne, l'extension se fait au

bracelet appliqué à l'extrémité inférieure de la cuisse; il prend d'appui sur les condyles du fémur;

différents bandages et appareils appliqués sur la jambe et sur

tion est faite à l'aide de tissus élastiques, qui vont se rér les galets des cadres de la pédale et se fixer aux boucles.

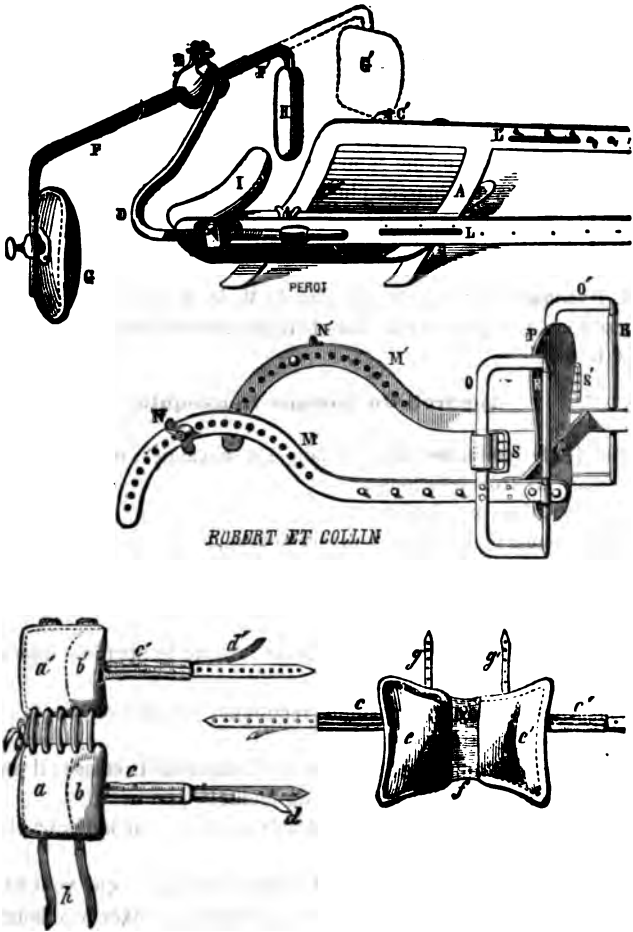
es deux autres positions, l'extension se fait au moyen :

bracelet appliqué comme dans le cas précédent;

se molletière à rigole, qui embrasse la face postérieure des

jumeaux, et transforme en traction le poids de la jambe. C'est une sorte de poulie de réflexion.

Les points d'application de l'extension, se trouvant constamment sur deux régions au moins, on peut, si le besoin s'en fait sentir, soulager l'une ou l'autre, sans nuire à l'efficacité de l'extension.



(FIG. I.)

A. — Gouttière crurale.

B B'. — Bandelettes armées de boutons à leurs extrémités libres.

saissinets à vis de pression servant à arrêter les mouvements de rotation et de va-et-vient de la tige coudée.

Tige coudée portant une coquille et pouvant se placer à droite ou à gauche de la gouttière.

Coquille bivalve à charnière renfermant une sphère en bois.

Tiges qui traversent la sphère et portent les pelotes.

Pelotes iliaques.

Bassin pubien.

Bassin ischiatique en forme de croissant.

Boulons destinés à recevoir les boutons N N' de l'armature inférieure.

(FIG. II.)

Bandes arquées s'adaptant à la gouttière crurale dans toutes les positions, au moyen des boulons N N'.

Boulons placés de chaque côté de la pédale.

Pédale.

Élastiques servant de poulies de réflexion aux élastiques, lorsqu'on fait l'extension dans la position rectiligne.

Bandes destinées à arrêter les élastiques.

(FIG. III.)

Bracelet se fixant à l'extrémité inférieure de la cuisse.

Bandes fortement rembourrées en rapport avec les condyles du fémur.

Bandes artificielles terminées par des lanières percées de trous.

Bandes graduées indiquant en kilogr. la force de traction.

(FIG. IV.)

Bracelet à rigole.

Rigole destinée à protéger les vaisseaux et les nerfs du creux poplité.

Bandes lanières venant se fixer au bracelet aux points d'attache des muscles artificiels.

Extension. — Quelle que soit la position du membre, la contre-extension sera toujours répartie au moins sur deux régions, le plus souvent trois, qui sont : la tubérosité ischiatique, la fosse iliaque et la branche pubienne, du côté du bassin correspondant au malade ou du côté opposé.

En cas de fractures de cuisse, sans lésion grave des os du bassin, la contre-extension sera supportée par la tubérosité ischiatique, la fosse iliaque et la branche du pubis, correspondant au membre lésé. Une ou l'autre de ces régions pourra être dégrevée, sans contre-extension.

On disposera les pièces de l'appareil de la même manière dans les coxalgies, sans déviation du bassin.

Dans les coxalgies avec déviation pelvienne, on disposera les pièces de l'appareil sur les régions qui peuvent favoriser le redressement du membre.

Si le bassin est incliné latéralement, on fera supporter presque toute la contre-extension par la fosse iliaque du côté abaissé:

1° S'il est enclavé en arrière, l'ischion seul supportera toute la contre-extension;

2° S'il est incliné en avant, les branches horizontales du pubis deviendront les seuls points d'appui de la contre-extension.

L'appareil n'empêchera jamais aucun des mouvements du membre inférieur sain, ni ceux du tronc.

Le membre malade sera à découvert; on pourra, par conséquent, suivre la marche de la lésion et faire des pansements.

Le malade peut s'asseoir.

OBSERVATION I. — M... (Victor), 42 ans, entre le 30 novembre 1867, atteint d'une fracture de cuisse au tiers inférieur. 4 centimètres de raccourcissement. Application de l'appareil dix-huit jours après l'accident, pas la moindre trace de consolidation.

Le 9 février, cinquante jours après la pose de l'appareil, le malade se promène sans béquilles. Le membre est parfaitement conformé et mesure à peine 1/2 centimètre de moins que l'autre. Le procédé Giraud-Teulon donne le même résultat.

Départ pour Vincennes.

Obs. II. — V... (Henri), 52 ans. Fracture de la cuisse droite, à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur. Application de l'appareil huit jours après. Aucune trace de consolidation.

L'appareil reste appliqué près de trois mois.

Après guérison, 1/2 centimètre d'allongement, vérifié par de nombreuses mensurations.

Obs. III. — S... (Jean), 37 ans, entre le 20 avril. Fracture de cuisse au tiers moyen, par contraction musculaire (en mettant sa botte). 3 centimètres de raccourcissement. Pose de l'appareil, vingt jours après son entrée. Cal volumineux et solide. Le malade soulève sa cuisse sans le secours de ses membres supérieurs.

Le 12 juin, levée de l'appareil. Le membre mesure à peine 1 centimètre de moins que l'autre malgré la solidité du cal au moment de la pose de l'appareil.

Coxalgie.

— T... (R.), 10 ans. Coxalgie du côté gauche; déviation raccourcissement du membre; saillie énorme de la hanterienne; ankylose ligamenteuse de l'articulation coxo-fémoro-tibiale; luxation probable de la tête fémorale dans l'axe externe. Application de l'appareil de Marjolin et de l'ap-
riné sans le moindre succès.

accourcissement apparent.....	10 cent.	1/2
— réel.....	1	— 1/2

tion cachectique.

ion de l'appareil.

ion est faite sur le membre malade; la contre-extension sur
u côté opposé. Quelques jours suffisent pour redresser le
re disparaître la saillie de la région trochantérienne, rétablir
nements de l'articulation coxo-fémorale et faire disparaître les
oisines et éloignées de la lésion articulaire.

il est enlevé: tous ces désordres reparaissent. On réapplique
ils disparaissent.

umeur osseuse de l'humérus, qui s'efface.

onflement considérable du grand trochanter, carie, supp-
ndante, épuisement de la malade, déviation du bassin,
hanterienne, fièvre hectique, ankylose de l'articulation fém-
eure. La mort paraît certaine.

ation de l'appareil. Les douleurs disparaissent petit à petit;
n du bassin se corrige; la saillie trochantérienne s'efface;
tion diminue; l'appétit revient. L'ankylose n'a pas encore
nuits sont bonnes; la constitution s'améliore; l'appétit re-

l'état actuel.

ervations ont été prises dans le service de M. Desormeaux, à
lecker.

RES. Lorsqu'on a présenté aux sociétés savantes la boîte de
l'appareil polydactyle de J. Roux, l'appareil à double plan
a annoncé des résultats magnifiques. Malgré ce que nous
ormeaux, je ne doute pas que cet appareil aille rejoindre
ciers dans le « magasin à ferraille ».

ORMEAUX. J'ai employé plusieurs fois l'appareil de Baudens

et j'en ai obtenu d'excellents résultats. Je ne prétends pas que l'appareil de M. Hennequin doive être substitué à tous les autres, mais je pense qu'il peut rendre de grands services.

M. LEFORT. Il est toujours difficile de faire quelques observations relativement à un appareil que l'on a pas encore vu appliquer. J'avoue cependant que je voudrais avoir quelques renseignements sur l'utilité du point d'appui ischiatique pris comme il l'est dans cet appareil. Si je ne me trompe, le point d'appui de l'appareil paraît porter sur le pli fessier et non sur l'ischion.

Je pense que lorsqu'on aura trouvé un appareil tout à fait satisfaisant, on en reviendra à l'extension continue dans les fractures de la cuisse.

M. DESPRÈS. M. Desormeaux pense qu'en employant cet appareil dans le traitement des fractures de cuisse, j'obtiendrai la guérison avec un très-léger raccourcissement. Mais avec un appareil quelconque, je me fais fort d'obtenir dans les cas favorables une consolidation avec un raccourcissement qui ne passera pas 1 centimètre à 1 centimètre et demi.

M. BROCA. Je ne puis laisser passer ce que vient de dire M. Desprès. Selon lui, on guérit avec n'importe quel appareil les fractures de cuisse, de manière à n'avoir que 1 centimètre à 1 centimètre et demi. C'est là une énormité, que nous ne pouvons laisser insérer dans nos bulletins, sans protestation. Même avec les meilleurs appareils à extension, on n'arrive pas à ce résultat. Assurément, il existe sur ce point une lacune dans la thérapeutique chirurgicale, et nous devons encourager les efforts de ceux qui tendent à la combler.

M. DESPRÈS. J'ai voulu dire qu'il y avait un certain nombre de fractures de cuisse non obliques, qui guérissaient avec 1 centimètre de raccourcissement, quel que fût l'appareil employé; mais je reconnais que d'autres ne guérissent qu'avec un très-grand raccourcissement, même lorsqu'on a recours aux appareils à extension; car avec ceux-ci, comme avec les autres, il faut faire des tractions que la peau ne peut supporter, si l'on veut arriver à un faible raccourcissement.

LECTURE.

M. HORTÉLOUP fils lit une note relative à un effet bizarre, non encore indiqué, de l'inhalation du chloroforme. Éternuements répétés, ayant succédé à l'emploi du chloroforme.

Renvoyé à M. Paulet.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Corps fibreux de l'utérus.

. La malade sur laquelle cette tumeur a été enlevée était
ce de M. Bernutz. Depuis longtemps, on avait constaté
ur faisait saillie dans le vagin et était pédiculée, lorsque
rvint une hémorragie abondante.

se prétendit qu'elle avait ses règles, et ne voulut pas entendre
ration.

t, au bout de huit jours, elle a suivi nos conseils, et je l'ai

opération, je constatai que la tumeur était plus molle que
abituellement les hystérômes, et je pensai alors que son
ngé dans le vagin était la cause de cette diminution de

e pratiquai l'opération, je trouvai la tumeur plus molle
je ne m'y attendais. Voulant la saisir avec des pinces à
déchirai à plusieurs reprises, et je fus obligé de recourir
manœuvres particulières pour la faire saillir à la vulve; je
doigts au niveau de son pédicule, je la harponnai et je ter-
ration. La difficulté que j'ai eu à faire sortir la tumeur
ar l'étroitesse du vagin.

a tumeur a été à la vulve, je l'ai sectionnée avec le fil
stiqué; il ne s'est pas écoulé une goutte de sang.

tumeur. — La partie postérieure de la tumeur était gan-
là s'écoulait un ichor roux, assez fétide, que la malade
règles. Les parties qui entouraient la portion gangrenée
cées, et dans tous ces points, il existait des vaisseaux que
suivre jusqu'à environ 3 centimètres de la surface. Ceux-ci
olumineux, et comme je l'ai déjà dit, ils n'ont pas donné
oulement sanguin.

est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, Dr LÉON LABRÉ.

SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1868

Présidence de M. LEGQUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

- Les journaux de la semaine.
- *Le Recueil des actes du comité médical des Bouches-du-Rhône* pour 1867 et 1868.
- *Étude clinique et expérimentale des embolies capillaires*, par V. Feltz, agrégé de la Faculté de Strasbourg, avec huit planches en chromo-lithographie.
- *Diaphanoscopie ou exploration par transparence des organes du bassin de la femme*, par J. Lazarewitch, de Kharkoff.
- M. LARREY dépose sur le bureau : le *Montenegro et ses habitants*, par le docteur Alfred Bouloungne; une lettre de M. le docteur Vézien, médecin militaire, avec des échantillons d'une variété de *Laminaria digitata*, qu'on trouve en abondance sur la plage de Dunkerque.
- M. le docteur Letiévant, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, adresse un mémoire intitulé : *Études sur les sections du nerf médian, aux points de vue opératoire, pathologique et physiologique*.

Renvoyé à une commission composée de MM. Paulet, Tillaux, Liégeois.

— M. LÉON LABBÉ transmet, de la part de M. G. Simon, d'Heidelberg, une note sur des *Observations historiques sur les procédés opératoires de l'occlusion du vagin, par la réunion de ses parois (kolpokleisis), pour rétablir la continence de l'urine dans les cas de fistules urinaires inopérables, suivies de quelques remarques sur l'état actuel de la question des opérations de fistules vaginales en Allemagne*.

Cette lettre est adressée à M. le docteur Nathan Bozeman, à New-

M. Simon, professeur à la Faculté de médecine d'Heidel-

on a fait, en 1855, sa première opération d'occlusion du
avait obtenu 4 succès avant que Bozeman, qui opérait
pour la première fois, songeât à lui contester la priorité. Ces
ns se trouvent dans le numéro 35 du *Journal de la clinique*
Un mémoire plus étendu sur cette matière a été publié par
dans le *Recueil mensuel de gynécologie*, en 1858.

s traités de chirurgie et de médecine opératoire, publiés de-
époque en Allemagne, ont mentionné sa méthode.

on a imaginé cette méthode après qu'il lui a été démontré
oraphie (occlusion de la vulve ou de l'ouverture vaginale),
par Vidal, ne donnait aucun succès.

ce jour, M. Simon a pratiqué avec succès 18 fois son pro-
lit l'occlusion immédiatement au-dessous de l'ouverture fis-
es indications et les détails sont décrits dans les *Mémoires*
ie plastique, de Simon (Prague, 1868.)

qui concerne l'opération de la fistule vésico-vaginale ou
ginale, M. Simon agrandit l'ouverture et avive dans toute
eur.

t avec des fils de soie très-fins.

oncé à l'attitude américaine. Il donne à la femme l'attitude
de la *taille* périnéale. Il retire la sonde au bout de vingt-
ires; la réunion se fait plus rapidement. Il réunit en plu-
nes — en T, en Y — quand la réunion linéaire transversale
longitudinale n'est pas applicable, à cause de l'étendue ou
e de l'ouverture.

1853-1859, par l'ancienne méthode (à Darmstadt) :

ré 22 fistules : 14 guérisons complètes; 5 avec permanence
te ouverture; 1 sans aucun changement; 2 décès.

procédé modifié de 1859-1861 :

les avec 12 guérisons.

1866 (à Rostock) :

de fistules avec 49 succès; 2 décès; 2 insuccès.

1868 :

les : 26 succès; 2 insuccès; 2 décès.

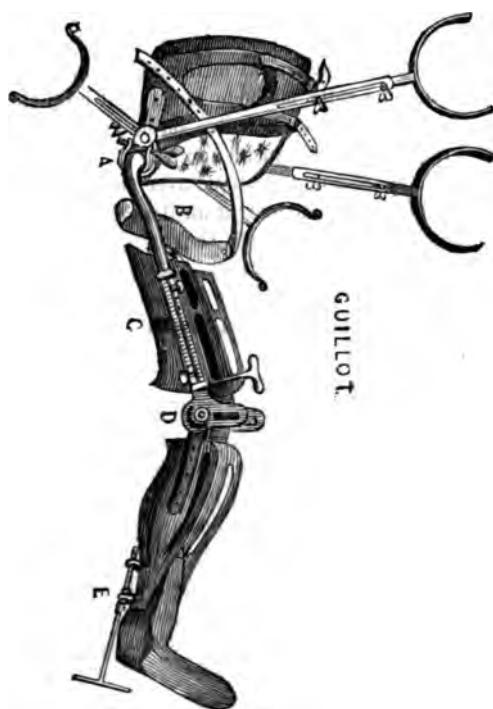
me, sur 118 opérations, 104 guérisons complètes.

PRÉSENTATION D'APPAREILS.

N LEFORT présente un appareil à extension permanente pour
res de la cuisse.

érie. — TOME IX.

L'extension permanente dans les fractures de la cuisse a été assez généralement abandonnée en France, bien qu'elle eût été employée comme traitement habituel pendant la première moitié de ce siècle. Ce revirement dans les idées n'est pas dû, comme on pourrait le croire, à ce que la simple contention, mieux dirigée, donne aujourd'hui des résultats satisfaisants ; il n'est pas de chirurgien, ayant un peu de pratique, qui ne sache avec quelle difficulté on arrive à prévenir un raccour-



courcissement notable, et l'on peut dire que toute fracture du corps du fémur laisse après sa consolidation un certain degré de raccourcissement.

Ce qui a fait abandonner l'extension permanente, c'est que les appareils de Desault, de Boyer et ceux construits sur les mêmes données ne remplissent pas le but qu'ils semblent devoir atteindre. La contre-extension, faite au moyen d'une bande, d'un sous-cuisse passé en écharpe dans le pli génito-crural, prenant son point d'appui sur

et sur l'attelle externe ou même sur une ceinture, est tout isoire; et c'est faute de pouvoir l'appliquer d'une manière que les chirurgiens français ont renoncé à l'extension per-

reil dont nous donnons le dessin est destiné à permettre cette méthode thérapeutique. Il se compose des parties : une ceinture de cuir, renforcée par un arc métallique et deux valves séparables en avant et en arrière, peut être moins élargie, suivant qu'on a affaire à un individu plus ou tement chargé d'embonpoint. Ces deux valves glissent sur horizontale, qui sert en même temps de plan de sustentation l'affaissement inégal des matelas; elle peut aussi servir à e malade, lorsqu'il est besoin de placer sous le siège un vase zes. Cette ceinture, doublée d'un coussin matelassé, s'ap- ctement sur les saillies et les dépressions du bassin, et à un point d'appui à la contre-extension. Mais les deux r points d'appui sont pris sur l'ischion et, si besoin est, dans

t d'appui ischiatique est pris au moyen d'un arc métallique ; manière à s'appliquer sur l'ischion par une face et non par ranchant. Cette pièce, fixée au côté interne de la gouttière, ; au niveau de sa jonction avec la tige qui la supporte, au me double articulation, et peut ainsi suivre, sans quitter tous les mouvements qu'on imprime au membre. La pression rce sur l'ischion peut être augmentée ou diminuée au moyen naillère que porte la tige.

t d'appui axillaire est pris au moyen de deux béquillons, ugmente à volonté la longueur et qui peuvent être facile- vés.

tière métallique, sur laquelle repose le membre, se rattache re au moyen d'une articulation à noix, ce qui permet tous ments.

e-frises, en frein d'écrou, serré au moyen de deux vis, im- ette articulation dans la position que lui a donnée le chi-

sion peut être faite de plusieurs manières. Si on veut prendre pui sur le mollet, la jambe étant fléchie sur la cuisse, il gir au moyen d'une clé sur la crémaillère dont sont munis de la gouttière, pour allonger la partie crurale de l'appareil. ut prendre point d'appui sur la jambe et le pied, on laisse e dans la rectitude et l'on allonge, soit la partie crurale, au

moyen des crémaillères, soit la partie jambière, au moyen d'une vis placée sous l'appareil.

On peut aussi prendre son point d'appui sur le fémur lui-même et sur le fémur seul; il suffit alors de dévisser les deux écrous mobiles qui existent au niveau du genou, pour supprimer toute la partie inférieure de l'appareil.

Pour appliquer les liens extenseurs, il n'est pas besoin d'exercer de compression au-dessus des condyles du fémur avec un bracelet fortement serré. Il est un moyen très-simple et trop peu connu d'obtenir ce résultat.

On coupe des bandelettes de diachylon, ayant environ deux fois la longueur de la cuisse du malade. Prenant successivement chacune des bandelettes, on en applique une des extrémités sur la face antérieure de la cuisse, vers la racine du membre au niveau, par exemple, de l'épine iliaque; on la mène obliquement en bas, en suivant le trajet du couturier, jusqu'à ce qu'on soit arrivé au niveau de la tubérosité interne du fémur; là, on la replie sur elle-même et on la ramène en haut, sur la face postérieure de la cuisse, jusque vers l'ischion. A côté de cette bandelette, on en applique une autre, en ayant soin de la faire arriver en bas, au même point que la précédente. En opérant ainsi des deux côtés et entourant la cuisse de quelques bandelettes circulaires non serrées, on a, au niveau du genou, deux anses latérales solides, dans lesquelles on passe un lien que l'on fixe aux anneaux qui terminent en bas les tiges latérales de la gouttière crurale. Nous avons eu plusieurs fois recours à ce mode d'application des liens extenseurs, et nous pouvons affirmer que loin de glisser, ils résistent à des tractions de plus de 100 kilogrammes; force, il est inutile de le dire, qu'on n'aura jamais à employer dans les cas où on exerce l'extension permanente.

Ajoutons qu'il suffit de dévisser l'écrou qui porte l'articulation de la ceinture avec la gouttière et de changer de côté les tiges à crémaillères pour rendre l'appareil applicable à droite et à gauche.

Comme tous ceux analogues, cet appareil à l'inconvénient de ne pouvoir être fabriqué extemporanément; mais on peut, sur le même principe, construire partout et très-simplement un appareil qui remplira, à peu près, les indications. Il n'est besoin, pour cela, que d'une béquille, d'une attelle, d'un morceau de bois et de quelques clous. On coupe une béquille ou un manche à balais, auquel on adapte un béquillon, de manière à ce que sa longueur dépasse de 20 à 30 centimètres la distance de l'aisselle à la plante du pied. On cloue à son extrémité inférieure une planchette, de 20 centimètres de longueur,

lieu de laquelle on perce deux trous, et dans cette planche, telle interne qui, par son extrémité supérieure échancrée et surrénée, doit appuyer sur l'ischion. Des bandelettes de diachylon le long de la jambe et se repliant sous le pied, ont une anse, servent à laisser passer une corde, qu'on enfile dans les deux trous de l'étrier et qu'on noue solidement. Un bandage dans cette anse de corde, fait office de garrot et donne le moyen de pratiquer, avec autant de force qu'on le désire, l'extension. Nous avons pu, il y a quelques années, avec un appareil de ce genre, guérir, par une énergique extension, une pseudarthrose

de la cuisse américaine est, depuis longtemps, revenue à l'emploi de l'appareil d'extension dans les fractures de la cuisse; mais les auteurs, Gross, Gilbert, Hodge, Buck et Swinburne ne nous ont pas donné toutes les indications que nécessite le traitement des fractures du fémur; c'est ce qui nous a amené à faire consulter M. Guillois, qui a très-bien compris nos indications, l'appareil nous donnons le dessin.

En observant l'appareil qui nous a été présenté par M. Lefort, je ne change pas l'opinion que j'ai manifestée dans la dernière séance. L'appareil que je vois ici, par son cuissard et sa jambe, ressemble à beaucoup d'autres appareils. Il y a une ceinture au bassin et un point d'appui sur les aisselles. Cette modification qui distingue l'appareil dit américain, que j'ai vu appliqué au service de M. Nélaton. Cet appareil est en effet constitué par une attelle, qui dépasse le pied en bas et qui en haut est fixée à deux ceintures bouclées : une qui entoure le bassin, une autre le thorax.

Je fais deux reproches à l'appareil de M. Lefort, comme à tous les autres : d'avoir des proportions convenables seulement pour les personnes de la même taille ou à peu près. L'extension est faite à l'aide de bandages roulés qui, pour ne pas se relâcher, doivent être serrés, trop serrés; et vous en comprenez la conséquence. On a évité dans cet appareil américain, qui est une simple modification de l'attelle de Boyer. On emploie des bandes de diachylon ou de la peau, depuis la fracture jusqu'au pied, sans exercer de traction circulaire. Ainsi l'on évite les effets de la constriction sur la peau où des tractions sont faites d'une manière continue.

Je ne puis pas insister. J'accuse en passant ces appareils de produire beaucoup plus qu'ils ne tiennent.

ÉLECTIONS.

La Société procède aux élections pour le renouvellement du bureau et la nomination de diverses commissions pour l'exercice 1869.

Sont nommés :

Président : M. Verneuil.

Vice-président : M. Alphonse Guérin.

Secrétaires : MM. Lefort, Panas.

Bibliothécaire-archiviste : M. Liégeois.

Trésorier : Cruveilhier fils.

Comité de publication : MM. Broca, Blot, Lefort.

Commission des congés : MM. Houel, Boinet, Tarnier.

NOMINATION DE MEMBRE HONORAIRE.

M. VOULLEMIER est nommé *membre honoraire* par 15 voix sur 24 votants.

LECTURE.

M. BAILLY lit une note sur une observation de *dystocie causée par une hypertrophie du segment inférieur de la matrice chez une femme primipare*.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. GUÉNIOT montre des pièces d'*ostéites suppurées des extrémités diaphysaires des os ou décollement des cartilages épiphysaires chez un enfant nouveau-né*.

M. LÉON LEFORT montre à la Société une *tumeur cornée* que M. Colson, de Noyon, membre correspondant, a enlevé de la paupière supérieure d'un homme de 50 ans. M. Colson joint à cette pièce la note suivante :

Il y a environ quinze jours qu'un paysan d'environ 50 ans, d'une bonne constitution, du village de Mondescourt, entra à l'Hôtel-Dieu de Noyon, pour s'y faire opérer d'une petite tumeur située au milieu de la paupière supérieure gauche et me paraissant adhérer au cartilage tarse. Je me proposais d'abord de l'enlever en coupant la paupière supérieure, à droite et à gauche de la tumeur, par une incision en V, comme pour l'opération du cancer de la lèvre, et de réunir la plaie par la suture entortillée; mais avant de commencer l'opération, je crus m'apercevoir que je pourrais disséquer la tumeur à sa base et la détacher du cartilage tarse. Cela réduisait l'opération à une simple

c'est là l'opération que je fis, en respectant le cartilage, une simple plaie ovalaire, que j'abandonnai à elle-même recouvrit d'une croûte qui tarda à se détacher, et lade voulait quitter l'hôpital avant sa cicatrisation complète la croûte avec un cataplasme de fromage mou, et si avec le nitrate d'argent. Je recommandai au malade voir au bout de huit jours, et j'ai la confiance qu'alors la itrisée.

onde fois depuis vingt et un ans que je pratique cette on. La première fois, c'était chez un marinier du vil-l'Évêque, qui portait une petite tumeur cornée semblable à envoyée et située également sur la paupière supérieure: t ses suites furent les mêmes qu'ici. Le malade a bien

est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dr LÉON LAMÉ.

SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1868

Présidence de M. LÉQUEST

verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

ondance comprend :

rnaux de la semaine.

naire.

œuvr. dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur ravail intitulé : *Des lipomes et de la diathèse lipomatense*, tention de la Société sur une méthode particulière de sur des tentatives de traitement nouvelles.

notres et *Bulletins de la Société médico-chirurgicale des* rdeaux (1868, tome III, 1^{re} fascicule).

stin de l'Académie royale de médecine de Belgique. Années i, n^{os} 5, 6, 7, 8 et 9.

COMMISSION POUR L'EXAMEN DES ARCHIVES.

nés : MM. Chassaignac, Desormeaux et Houel.

RAPPORT VERBAL.

M. DESPRÈS fait un rapport verbal sur une observation *de division complète des os longs par instrument tranchant*, communiquée par M. le docteur Thomas, de Tours.

De la division complète des os longs par les instruments tranchants,

Le 13 mars 1868, le nommé N... (Henri), soldat armurier au 2^e régiment de ligne, se porta, par inadvertance, en travaillant, un coup violent, sur la première phalange du pouce gauche, avec l'extrémité tranchante et étroite d'un marteau. Je fus appelé quelques instants après l'accident, et je constatai, à la face dorsale de la première phalange du pouce, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de cet os, une plaie transversale, très-nette, d'un centimètre d'étendue. L'os avait été divisé dans toute son épaisseur, et à la face palmaire, il existait une plaie également très-nette et transversale, mais un peu moins étendue que celle de la face dorsale. L'instrument avait donc traversé la phalange dans toute son épaisseur; les tendons des muscles fléchisseur et extenseur du pouce avaient été divisés; seules les parties molles latérales avaient été respectées et avec elles les artères collatérales : aussi n'y eut-il qu'un écoulement sanguin peu abondant.

Après avoir appliqué un pansement provisoire, je dirigeai cet homme sur l'hôpital militaire, où il fut placé dans le service de chirurgie, dont mon collègue le docteur Bodin se trouvait chargé jusqu'au 1^{er} avril, époque à laquelle j'en devais à mon tour prendre la direction.

Dès l'entrée du malade à l'hôpital, le doigt, placé sur une planchette, fut immobilisé; des bandelettes agglutinatives maintinrent au contact les bords des plaies dont on tenta d'obtenir la réunion par première intention. Mais les plaies suppurèrent et leur cicatrisation était seulement complète le 1^{er} avril, lorsque je pris le service. Il n'existait pas alors trace de consolidation entre les extrémités osseuses divisées; la mobilité anormale était cependant moins prononcée qu'au moment de l'accident, par suite de la cicatrisation des parties molles, mais on pouvait toujours imprimer au fragment inférieur, des mouvements anormaux dans toutes les directions, et cela sans douleur. J'appliquai un appareil inamovible avec des lanières de peau recouvertes de collodion. Cet appareil, qui présentait une grande solidité, resta appliqué jusqu'au 16 avril. A cette époque, aucun changement n'était survenu;

mobilité existait entre les fragments, dont les extrémités ne firent aucune augmentation de volume et paraissaient seulement du tissu fibreux.

main. 17 avril, j'appliquai un appareil amidonné, je l'enlevai, et je reconnus qu'il n'y avait encore aucune apparence de consolidation. Ayant alors, à plusieurs reprises, pendant deux jours, l'un contre l'autre, les fragments dans l'espoir de développer sur leur surface une irritation favorable à leur consolidation, j'appliquai un nouvel appareil inamovible. Le 9 juin, par conséquent, trois mois après son application, j'enlevai l'appareil; aucune amputation n'était produite. La solution de continuité se trouvait dans le même état qu'au commencement du mois d'avril; les fragments étaient réunis par du tissu fibreux, sans trace d'ossification; leurs fibres ne présentaient aucun gonflement et leur mobilité était aussi prononcée.

L'immobilisation prolongée des fragments et leur frottement n'ayant produit aucun résultat, il y avait lieu de recourir à un autre mode de traitement.

J'eus alors l'idée d'employer l'acupuncture, ce moyen étant le plus simple et le plus inoffensif de tous ceux qui ont été employés pour la cure des pseudarthroses, et la position superficielle des fragments rendait ici l'application très-facile.

En conséquence, j'immobilisai, à l'aide d'un appareil dextriné, la main, le doigt, en laissant le pouce découvert, et j'introduisis les fragments, à travers le tissu fibreux qui les réunissait et dans l'épaisseur, une grosse aiguille à coudre. Le lendemain, une deuxième aiguille fut enfoncée entre les fragments, à quelques millimètres de la première. La présence de ces aiguilles déterminait, dès le premier jour, un peu de douleur, de rougeur et de gonflement du doigt. Les symptômes augmentèrent les jours suivants et le 16 juin, les douleurs commençaient à perdre un peu de leur intensité, je retirai les aiguilles, huit jours par conséquent après leur application, et je remis le doigt dans l'appareil dextriné qui immobilisait déjà la main. Cet appareil fut enlevé le 10 juillet, vingt-cinq jours après l'application; il y avait alors un commencement de consolidation. J'appliquai l'appareil. L'immobilité fut de nouveau continuée jusqu'au 10 août, et j'eus alors la satisfaction de constater que la consolidation était complète.

Après la section des tendons de ses muscles fléchisseur et extenseur, le pouce ne jouit pas des mouvements de flexion et d'extension, mais des mouvements d'adduction et d'opposition, qui lui sont communs avec les muscles de l'éminence thénar, existent seuls. Mais

grâce à la consolidation de la solution de continuité, la phalange présente un point d'appui solide pour la préhension des objets.

Ce fait est un nouvel exemple de l'absence ou tout au moins du retard de la consolidation qui suit le plus souvent la division complète des os longs par les instruments tranchants. Des faits de cette nature ont été rapportés par Lamotte et récemment par M. Legouest, dans son *Traité de chirurgie d'armée*; le plus souvent, la consolidation n'est venue que très-tardivement; quelquefois, elle a manqué complètement. Deux explications ont été données.

« J'aurais cru, dit Lamotte, qu'un os coupé aurait été infiniment plus aisé à guérir que lorsqu'il est rompu, parce qu'étant coupé, les extrémités de l'os se rapprochent plus facilement, et qu'étant plus unies, la matière du calus fait plus son effet que quand l'os est fracturé, l'inégalité des extrémités paraissant s'opposer à l'union; mais l'expérience m'a fait connaître que ces extrémités si unies se dérangent au moindre mouvement et frottent l'une contre l'autre; en sorte que le calus ne se forme que très-difficilement, par la peine qu'il y a à les tenir en repos, quelque attention que j'eusse à le faire et le blessé à y contribuer, parce qu'il ne faut qu'une toux un peu forte ou un éternuement pour tout déranger; au lieu qu'un os fracturé ne peut être sans inégalités, et les inégalités étant une fois bien réduites, elles s'enchâssent et s'emboîtent si exactement les unes dans les autres, que la matière du calus s'y conserve plus aisément et a plus de facilité à en faire la réunion que quand il est coupé. »

Pour Boyer les différences qui existent entre la facilité de guérison des plaies des os et les fractures tiennent à cette circonstance que « les fractures sont l'effet d'une force qui tend à produire ou à augmenter quelque courbure dans les os, en sorte qu'on peut démontrer rigoureusement qu'elles résultent toujours d'une distension en sens inverse dans la longueur des fibres osseuses, tandis que les plaies, au contraire, sont produites par l'action d'un corps tranchant, qui tend à pénétrer entre les molécules constitutives de l'os, action inséparable d'une certaine violence locale et, par conséquent, d'un certain degré de contusion dans le lieu de l'os où elle se passe. »

A l'explication de Boyer, je ferai une seule objection, si la contusion était l'unique cause ou même l'une des principales causes des difficultés qui existent à la consolidation d'un os long divisé par un instrument tranchant, il est évident que cette contusion, résultat de l'action de l'instrument, ne pouvant jamais faire défaut, toutes les divisions complètes des os longs par instruments tranchants devraient rencontrer les mêmes obstacles à leur consolidation. Or, c'est ce qui n'existe pas,

si pour preuve le fait suivant rapporté par La Faye dans les opérations de Dionis :

Le malade reçut au bras un coup de hache, qui avait coupé obliquement le bras, et tous les muscles qui l'environnent, ne restant que le cordon des vaisseaux, revêtu d'une bande d'argenteur du pouce. Le blessé ayant le bras pendant, de sorte qu'il descendait près du genou, eut la force de le prendre avec la main et de le rapprocher lui-même du haut de l'épaule par le mouvement de la nature. On enveloppa la partie de beaucoup ; on amena le blessé à M. de la Peyronie, qui trouva la plaie couverte de linge et des caillots de sang, une distance de huit pouces entre les deux parties coupées, et la portion inférieure du bras, froide, sans sentiment, aussi bien que l'avant-bras et la main ; dans ces circonstances, il était si facile d'achever l'amputation, et si peu vraisemblable de conserver le membre, que plusieurs chirurgiens, qui accompagnèrent M. de la Peyronie, proposèrent de le couper tout à fait ; mais M. de la Peyronie, fondé sur quelques exemples de réunion qu'on ne peut espérer, voulut tenter celle-ci ; pour cela, il ôta quelques lambeaux d'os détachées, affronta les parties autant qu'il lui fut possible, les soutint avec un appareil convenable, en observant de ne pas serrer pour pouvoir panser la plaie, sans toucher à ce qui était en sujétion. Il employa pour topique l'eau-de-vie, animée avec du sel ammoniac, et mit en usage tout ce qu'il fallait, soit pour combattre la chaleur naturelle, soit pour prévenir les accidents.

Le troisième jour, le bras parut un peu gonflé au-dessus de la main ; le quatrième, il y avait point de pouls à la main. Le cinquième, un peu de chaleur à la main et à l'avant-bras, et le gonflement augmenté et la chaleur à la main. Du cinquième au huitième, la chaleur augmenta de degrés ; le huitième, la fenestre du bandage fut ouverte pour que l'air pût s'animer. Le pansement fut fait avec des plumasseaux trempés dans une dissolution de colcotar et des compresses imbibées d'esprit aromatique animé ; ce qui fut continué jusqu'au quatorze, où le malade fut levé pour la seconde fois, et la plaie parut disposée à se cicatriser.

Le dix-huit, la cicatrice se trouva avancée ; la partie était dans son état naturel, et le battement du pouls sensible. Alors M. de la Peyronie substitua un bandage roulé au fenestré. On eut soin de changer l'appareil de dix en dix jours ; après cinquante jours, on l'ôta tout à fait ; et au bout de deux mois de la blessure, le malade fut entièrement guéri, à un peu d'engourdissement près dans la partie. Cet exemple de division complète de l'humérus, produite par un tranchant et dont la consolidation a exigé deux mois

à peine, c'est-à-dire moins que le temps ordinairement nécessaire pour obtenir la consolidation d'une fracture compliquée de plaie. Et cependant, dans ce cas, la cause signalée par Boyer pour expliquer la différence qui existe entre la facilité de guérison des fractures et des plaies des os, n'aurait pas dû faire défaut. Mais cette cause n'existe pas. Comment, en effet, rapporter à l'intensité de la contusion, la non-consolidation des plaies des os ? N'est-il pas évident que la contusion est bien plus intense dans les fractures que dans les cas qui nous occupent, et que la division des solutions de continuité en plaies par instruments tranchants et en plaies contuses (qui sont ici les fractures) est aussi vraie pour le tissu osseux que pour les autres tissus.

Avant d'examiner si l'explication de Lamotte est plus fondée, j'appellerai d'abord l'attention sur une circonstance dont l'importance a été, jusqu'à présent, méconnue, et qui peut contribuer à élucider cette question, je veux parler de la direction de solution de continuité de l'os. Celle-ci, en effet, n'est pas sans influence sur la consolidation. Est-elle oblique, la consolidation sera rapide et ne demandera pas plus de temps que s'il s'agissait d'une fracture compliquée de plaie, ainsi que cela a eu lieu dans l'observation de La Faye, que je viens de rapporter. La solution de continuité est-elle, au contraire, transversale ? La consolidation n'aura lieu que tardivement et pourra même faire complètement défaut.

Lamotte, dans son *Traité de chirurgie*, rapporte trois observations de division complète des os par instruments tranchants. L'une a pour objet la division des métatarsiens et est peu concluante, au point de vue qui nous occupe ; mais il n'en est pas de même des deux autres. Dans l'une, le cubitus fut divisé *transversalement* d'un coup de sabre, à sa partie moyenne et inférieure (assez proche du poignet). « Les pansements durèrent longtemps, dit Lamotte, et furent fort ennuyeux, tant j'eus de peine à parvenir à la réunion de cet os coupé de la sorte, je suis très-persuadé que j'aurais guéri deux fractures compliquées pendant que je pansai celle-ci, avant que la réunion fût bien et solidement faite. » Il s'agit, dans l'autre observation, d'une division complète du tibia par une cognée, en sa partie moyenne et inférieure et endommageant le péroné. La direction de la solution de continuité ne se trouve pas ici mentionnée ; mais à cause du siège de la blessure sur le tissu inférieur de la jambe, il est permis de supposer que si sa direction n'était pas tout à fait transversale, elle était du moins très-légèrement oblique, car autrement elle eût intéressé l'articulation tibio-tarsienne, ou tout au moins l'articulation tibio-péronière, et non le péroné, comme il est dit dans l'observation. La consolidation fut

« Le blessé, dit Lamotte, n'ayant pu se soutenir sur des
e près de six mois après, quelque soin que j'eusse pris à
sur le tirer d'affaire aussi heureusement qu'il le fut. »
que dans ce cas l'intégrité du péroné eût dû favoriser la
n du tibia.

est a fait représenter, dans son *Traité de chirurgie d'armée* :
bras gauche, sur lequel le radius et le cubitus furent to-
isés par un coup de sabre appliqué sur la face dorsale du
consolidation des os ne s'était pas faite et les extrémités
chevauchant les unes sur les autres, de façon à donner à
une courbure assez prononcée à concavité antérieure,
ies par une pseudarthrose; 2° un cubitus divisé complète-
partie supérieure. On n'y rencontre pas même les traces
llidation; un lambeau de tissu fibreux s'étend en pont d'une
l'autre. Sur le premier dessin, il est difficile de recon-
rection exacte des divisions osseuses; elle semble être
oblique. Sur la seconde figure, la solution de continuité est

ns l'observation qui m'est personnelle et que j'ai rapportée
e ce travail, la division de la phalange du pouce était
et tout à fait perpendiculaire à l'axe de l'os.

ce de la direction de la plaie de l'os sur sa consolidation
évidemment de ces faits. En opposition, en effet, au cas
r La Faye, dans lequel une division complète, mais *oblique*,
is, guérit en moins de deux mois, nous trouvons trois faits
throses consécutives, deux fois à la division *transversale* du
le la première phalange du pouce, et une fois à la division
oblique des deux os de l'avant-bras, plus deux exemples
ation tardive à la suite, dans un cas de la division *trans-*
cubitus et dans l'autre de la division du tibia, dans une
on indiquée, mais qu'on peut considérer, sinon comme
e, du moins comme *légèrement oblique*. Le rôle de la direc-
olution de continuité est donc suffisamment démontré et je
ir, d'après ces faits et malgré leur petit nombre, affirmer
nt ou, tout au moins, le retard de la consolidation est d'au-
à redouter que ces solutions de continuité sont moins
se rapprochent davantage d'une direction perpendiculaire
l'os.

de Lamotte se trouve confirmée par cette circonstance,
fluence de la direction de la plaie ne peut s'expliquer que
lié des surfaces osseuses divisées, qui sont aussi peu étén-

dues que possible, lorsque la solution de continuité est transversale, d'où, pour les fragments, une facilité plus grande de s'abandonner. Enfin, dans le cas d'une plaie oblique, un bandage compressif, appliqué autour du membre, maintient forcément, au contact, les surfaces divisées; tandis que si leur direction est transversale, le même bandage est impuissant à prévenir leur écartement.

Il me reste encore une particularité importante à signaler. Lorsqu'un os long a été divisé complètement par un instrument tranchant, deux cas peuvent se présenter : 1° la solution de continuité est due complètement à l'action du tranchant de l'instrument : ce sont ces cas que nous avons eu seulement en vue jusqu'à présent; 2° une partie de l'os seulement a été divisée par le tranchant de l'instrument, tandis que le reste de son épaisseur a éclaté sous l'influence du choc de l'instrument, agissant alors comme instrument contondant ou sous l'influence de toute autre cause. La solution de continuité participe alors des caractères des plaies des os dans une partie de son étendue et des caractères des fractures dans l'autre partie, et la consolidation en est rendue plus facile, ainsi qu'il résulte du fait suivant que j'emprunte à Lamotte :

« Au mois d'août 1696, deux grenadiers, l'un du régiment d'Oleron et l'autre de Hainaut, se battant à coups de sabre, celui de Hainaut en déchargea un si grand coup sur celui d'Oleron, qu'il lui coupa environ les deux tiers de l'humérus, assez près du coude; le reste de l'os de l'épaule se trouva éclaté, comme il arrive à un morceau de bois quand on veut le séparer et que sans se couper entièrement le reste s'éclate. Le blessé fut amené à l'hôpital des troupes. Comme heureusement cette plaie ne fut accompagnée d'aucun accident, je la pansai comme une fracture simple et compliquée, que je ne pansais que de quatre à cinq fois en quatre à cinq jours. Il ne se fit aucune exfoliation à cet os, du moins qui fût sensible; la réunion se trouva parfaitement accomplie et le blessé guéri en trois mois. »

Il est permis de penser que dans ce cas la consolidation a été prompte et facile, grâce à la présence, sur une partie de la surface osseuse divisée, d'inégalités et de saillies ayant favorisé la coaptation des fragments. A ce titre, ce fait plaide encore en faveur de l'opinion de Lamotte, qui se trouve être ainsi la seule admissible.

De tout ce qui précède, on peut tirer quelques conséquences pratiques relatives au traitement des divisions des os longs par les instruments tranchants.

Plusieurs cas peuvent, comme nous l'avons dit déjà, se présenter :

1° La solution de continuité de l'os, quoique complète, n'a pas été

entière par le tranchant de l'instrument, une partie de

tion de continuité est due complètement à l'action de tranchant, mais sa direction est oblique;

tion de continuité, reconnaissant la même cause, est ou légèrement oblique.

rvations, l'une de Lamotte et l'autre de La Faye, que apportées, nous ont montré que la consolidation des continuité des os longs, dues en partie ou même en totalité *les soient obliques*), à l'action d'un instrument tranchant, conduire aussi rapidement et avec autant de facilité que s'il une fracture compliquée de plaie. Pour de pareilles solutions de continuité des os longs, on n'aura donc pas à recourir à ceux qu'à ceux qui sont mis habituellement en pratique tures compliquées de plaie.

solution de continuité sera transversale ou légèrement en sera plus de même, et l'expérience a suffisamment délégitimité des moyens habituels de contention des fractures. On devra-t-il alors placer le membre dans une immobilité te que possible et attendre patiemment une consolidation ne et tout au moins tardive, ou bien, au contraire, faire moyens capables d'assurer et de hâter la consolidation. On devra tout faire pour prévenir la formation d'une pseudarthrose; il sera d'autant plus autorisé à agir ainsi, que les moyens en pratique seront plus inoffensifs.

du défaut ou du retard de la consolidation des divisions transversales des os longs est surtout, selon moi, l'écartement, suivant l'axe du membre, d'où la formation d'un déplacement, comme dans les fractures transversales de la rotule et de l'humérus. C'est donc ce déplacement, dû à l'absence d'aspérités sur les surfaces divisées, et contre lequel les appareils qu'on emploie ordinairement pour les fractures des membres sont impuissants, qu'il faut chercher de combattre. Aussi, dans ce but n'hésiterais-je pas, à pratiquer la suture des fragments. Ceux-ci se trouvant réunis, par le fait de la plaie, il ne peut y avoir aucun inconvénient à pratiquer la suture comme s'il s'agissait d'une pseudarthrose. Par cette suture on n'augmenterait en rien les chances défavorables du contact des surfaces osseuses, on maintiendrait sûrement au contact les surfaces osseuses, même temps qu'on provoquerait à leur niveau, par la présence d'un corps étranger, une irritation que je considérerais volontiers comme favorable à leur consolidation. On éviterait ainsi, sans

nul doute, la formation d'une pseudarthrose, contre laquelle ne réussira pas toujours un moyen aussi simple que celui que j'ai employé, l'acupuncture, et dont la cure pourra peut-être réclamer plus tard la suture des fragments, mais alors, en faisant courir au malade des dangers que n'eût pas présentés cette opération, si elle eût été pratiquée au moment même de l'accident.

Lorsque l'os divisé sera sous-cutané, on pourra peut-être remplacer la suture par l'application de la griffe de Malgaigne.

Il est bien clair que ces considérations ne sauraient s'appliquer aux cas dans lesquels les nerfs et les vaisseaux principaux ont été divisés en même temps que l'os; en pareille circonstance, le chirurgien n'a d'autre conduite à tenir que de séparer le membre, en régularisant la plaie.

Extrait du rapport de M. Després.

Le travail de M. Thomas, de Tours, offre un intérêt réel au point de vue de la réparation des fractures causées par des instruments tranchants et contondants. Il s'agit, en effet, d'une fracture d'une phalange causée par le côté tranchant d'un marteau. La fracture ne s'est point consolidée dans le temps habituel; cinq mois ont été nécessaires pour que la consolidation eût lieu.

Parmi les interprétations fournies par M. Thomas, de Tours, empruntées à Lamotte et à Boyer, il en est une que l'auteur est plus disposé à accepter : c'est celle de Lamotte. Je penche, pour ma part, en faveur de celle de Boyer. Voici pourquoi : Boyer disait que la lenteur de la consolidation de la fracture était due à la contusion des surfaces fracturées par l'instrument tranchant et contondant qui a divisé l'os. Sans doute, Boyer avait remarqué des décollements du périoste des parcelles d'os à moitié détachées des surfaces divisées, et il avait conclu qu'il y avait contusion. Aujourd'hui, grâce aux recherches microscopiques, il est possible de mieux préciser les lésions et souvent de constater des lésions sur des os en apparence sains. Je conçois tout à fait ce genre de contusion de l'os, et comme les portions contusionnées, mortifiées, doivent être éliminées, comme cette élimination dure un certain temps, six semaines ou deux mois, on conçoit que ce travail éliminateur entrave la consolidation.

J'ai montré à la Société de chirurgie, il y a cinq ans, des faits de fracture du col du fémur, où le col était, pour ainsi dire, réduit en une sorte de poussière; j'ai fait voir que cette poussière osseuse ou débris d'os, formant de véritables corps étrangers entre les surfaces fracturées, empêchait la consolidation.

que chez le malade de M. Thomas il y a eu quelque chose

Il s'est éliminé une portion de chaque surface de section; était mortifié par la contusion a été éliminé avec le pus, et cette élimination avait lieu, la consolidation était impossible seulement au moment où la plaie a commencé à Et c'est à peu près là ce que nous voyons dans les cas de minutive avec plaie.

né, je propose de maintenir M. Thomas, de Tours, sur la adidats au titre de membre correspondant, où il est déjà renvoyer son travail au Bulletin.

SUITE. Il y a bien longtemps que cette question des plaies est soulevée. Puisque l'on est obligé d'invoquer les opinions des siècles passés, il me paraît qu'il y aurait lieu de discussion de cette question à l'ordre du jour.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

EUIL présente :

sur linéaire muni de deux chaînes qui peuvent agir simultanément pratiquer ainsi deux sections à la fois. Cet instrument a rendu déjà des services dans l'extirpation du col de certaines tumeurs des grandes lèvres, de la langue, etc. Il n'augmente pas l'arsenal chirurgical. Il a été conçu de façon qu'on peut manœuvrer à volonté avec l'une ou l'autre seule.

ion pour évacuer et injecter les collections des cavités séreuses. Euil montre encore un petit appareil dont il a conçu l'idée en cas d'épanchement purulent dans la plèvre. Dans ce cas dans la plèvre un tube de caoutchouc, à l'aide duquel pendant fort longtemps, des injections chlorurées. La place est libre; mais l'air s'introduisait librement dans le foyer et il eût été avantageux d'empêcher ce contact permanent du air atmosphérique.

l'appareil ne renferme rien de neuf. Il se distingue seulement par la réunion de tout ce qui peut assurer l'écoulement continu des réitérées, tout en prévenant, du commencement jusqu'à la fin, l'introduction de l'air.

Euil m'a fourni à très-bon marché toutes les pièces nécessaires au procédé.

Appareil instrumental.

1° Trocart droit assez court et assez volumineux;

2° Tube de caoutchouc, long de 30 à 35 centimètres, remplissant exactement la canule du trocart. Il n'est pas perforé de distance en distance comme les drains ordinaires, mais présente seulement près de l'une de ses extrémités, et dans l'étendue de 4 à 5 centimètres, une série de trous de 3 millimètres environ;

L'extrémité du tube, qui doit plonger dans la cavité, est convertie en cul-de-sac par une fine ligature de soie appliquée circulairement;

3° Un mandrin en fil de fer, une bougie de baleine, une petite baguette de bois, fine, lisse, flexible;

4° Un condom attaché sur une petite virole de cuivre ou de toute autre substance; elle est creuse et de volume tel qu'elle puisse s'engager dans le tube en caoutchouc et y être maintenue par la pression élastique de ce dernier;

5° Du collodion; un bassin de petite dimension.

Manuel opératoire. — On plonge à l'ordinaire le trocart dans la collection. Le poinçon retiré, le liquide s'écoule. Avant que le jet diminue, on introduit le tube en caoutchouc avec l'aide du mandrin et on le fait pénétrer à la profondeur de plusieurs centimètres. On retire alors la canule du trocart; puis le mandrin et le tube en caoutchouc restent seuls en place. Le liquide s'écoule peu à peu; on introduit la virole, qui termine le condom, dans l'extrémité libre du tube élastique, et désormais le contenu de la tumeur s'échappe par la cavité du condom.

Quand on veut faire une injection dans la cavité, on enlève le condom, on serre le tube de caoutchouc entre la pousse et l'index de la main gauche, à 2 centimètres à peu près de son extrémité libre; on introduit dans ce tube la canule de la seringue, après s'être assuré qu'elle ne renferme pas d'air, et on pousse le liquide médicamenteux.

Avant de retirer la seringue, on pince de nouveau le tube élastique pour retenir le liquide injecté. On remplace le condom et on laisse écouler l'injection.

Pour peu qu'on prenne les précautions nécessaires, on peut répéter les injections aussi souvent qu'on voudra, sans qu'une seule bulle d'air s'introduise dans la cavité séreuse ou purulente.

J'ai déjà mis en pratique deux fois ce petit appareil, qui m'avait été confectionné par M. Mathieu. Une fois, il s'agissait d'un très-volumineux abcès par congestion de l'aîne. Une autrefois, d'un abcès du foie, renfermant deux litres de pus. Ces deux cas étant encore en traitement, je ne puis prévoir quelle en sera l'issue; mais cependant je puis

l'introduction de l'air a été parfaitement prévenue depuis le jour que les tubes sont en place.

troisième cas et sur mon indication, le même appareil a été employé dans une petite opération, qui, malgré son peu d'importance, a trop souvent lieu à des accidents d'infection putride. Je me suis opposé à l'imperforation de l'hymen avec rétention du sang. J'ai conseillé de faire lentement l'évacuation du foyer, à l'aide du contact de l'air, pour permettre à la matrice distendue de se contracter elle-même (ce qu'on a favorisé d'ailleurs avec de petites saignées) et de ne procéder qu'après à la création d'une cicatrice permanente.

néanmoins que c'est dans le paracentèse thoracique que les tubes ont rendu les plus sérieux services, quand il s'agit de pleurésies exigeant l'issue continuelle du liquide.

AIGNAC. Je me garderai bien de combattre les inventions de M. Verneuil, et je ne puis m'opposer à des essais faits dans une circonstance où j'ai vu entrer le premier.

Quant à l'emploi du tube à drainage, je dois dire que la pratique chirurgicale anglaise a prouvé que le tube à drainage, placé dans l'anse et à demeure dans le cas d'épanchement dans la cavité, a donné des résultats remarquables et presque constants.

L'emploi du drainage dans le cas de distension de la cavité par le liquide des règles, il peut donner des résultats satisfaisants. J'ai mis en usage avec succès, dans un cas de ce genre, chez une femme de 47 ans, traitée dans mon service, à l'hôpital Lariboisière.

Il faut remarquer que les tubes à drainage, qui sont tout à fait surs quand ils sont disposés en anse, ne le sont pas au même degré quand ils sont laissés en liberté.

Quant à ce que l'on ne sera pas exposé à observer l'accident dont parle M. Verneuil, après l'emploi de l'écraseur linéaire, j'ai eu soin de limiter la partie à atteindre avec une anse.

Il faut aussi abaisser l'utérus avec des érignes, mais il ne faut pas employer cette méthode plus qu'elle ne peut donner.

Dr. Je me permets de rappeler à M. Verneuil la sonde qui a été employée par mon père et qui ressemble à celle qu'il a mise en usage après avoir fait une ponction avec un trocart assez volumineux, et introduisait une sonde élastique qu'il laissait à demeure. Il employait ce procédé après la ponction abdominale et après les saignées froides.

M. GUÉRIN. Je veux faire à l'instrument de M. Mathieu une objection purement théorique. Je ne puis y voir un perfectionnement de l'instrument de M. Chassaignac. La chaîne que nous présente M. Verneuil scie les tissus et ne les coupe pas en les rapprochant peu à peu..

Son action, par conséquent, ne repose pas du tout sur le même principe que celle de l'instrument de M. Chassaignac.

Je ne sais pas exactement ce que donnera la pratique, mais à priori je craindrais de voir survenir la déchirure de quelques vaisseaux.

M. BOUTET. M. Verneuil a ajouté une petite vessie à son drain pour empêcher l'introduction de l'air. Je ne pense pas qu'il faille autant redouter l'introduction de l'air; ce qu'il faut redouter, c'est que l'air ne séjourne et n'amène la décomposition des liquides avec lesquels il est en contact; pour éviter cet inconvénient, il faut faire des lavages convenables.

M. BROCA. L'objection que M. Guérin vient de faire au nom de la théorie, à l'emploi de l'écraseur présenté par M. Verneuil, a déjà été faite par la pratique.

Il y a une dizaine d'années, M. Charrière fils avait imaginé un écraseur, analogue comme principe à celui que l'on vient de mettre sous nos yeux. Au premier abord, cet instrument semblait devoir agir comme celui de M. Chassaignac; cependant, il n'en était rien, et j'ai souvenir que M. Verneuil lui-même fut obligé de lier une artère sur une verge qu'il avait sectionnée à l'aide de cet écraseur.

Relativement à l'existence des deux chaînes juxtaposées, je dirai que les deux sections se faisant en même temps manquent de précision.

Enfin, c'est là un instrument nouveau à ajouter encore à notre arsenal.

M. VERNEUIL. L'honneur de toutes ces petites tentatives revient en partie au drainage. Seulement, je tiens à faire remarquer que le drainage n'empêche pas l'introduction de l'air.

Je répondrai à M. Larrey qu'entre ce que faisait son père et ce que je fais, il n'y a de ressemblance que l'introduction de la canule élastique dans la canule métallique.

Dans un grand nombre de cas, l'on a observé, il faut l'avouer, des hémorrhagies après l'emploi de l'écraseur linéaire; mais, pour mon compte, j'estime que la faute en est tout entière aux chirurgiens, qui n'ont pas eu la patience de se servir de l'instrument, en suivant les règles formulées par l'inventeur.

COMITÉ SECRET.

l'après-midi, la Société se forme en comité secret pour entendre : sur les titres des candidats aux places de membres correspondants étrangers et nationaux.

CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

M. le rapporteur de la commission des membres correspondants, présente la liste suivante :
M. Odhurst, à Londres ;
M. Kassowski, à Saint-Petersbourg ;
M. Pinto-Pado, à Urbino ;
M. Erdelen, à Berlin.

CORRESPONDANTS NATIONAUX.

M. le rapporteur de la commission des membres correspondants, présente la liste suivante :
M. Dubois, à Abbeville ;
M. Luvé, chirurgien de l'armée ;
M. Duménil, à Rouen ;
M. Gayet, à Lyon ;
M. Lannelongue, à Bordeaux ;
M. Thomas (Louis), à Tours.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire : D^r LÉON LABBÉ.

COMPTE-RENDU
DES
TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
PENDANT L'ANNÉE 1868

Par M. LÉON LABBÉ, secrétaire annuel

MESSIEURS,

Appelé par vos suffrages à l'honneur de rédiger vos bulletins pendant l'année 1868, je viens aujourd'hui retracer, dans un résumé rapide, les points principaux qui ont fait l'objet de vos études. Après avoir apporté le soin le plus scrupuleux à rendre dans toute sa vérité la pensée de chacun de vous, je ferai encore des efforts pour mettre en relief les communications les plus importantes que notre Société a dues au zèle d'un grand nombre de ses membres.

Sans qu'il soit permis d'indiquer des limites à nos travaux, il me paraît juste cependant de faire remarquer que pendant le cours de cette année la nature de ceux-ci a été plus complètement en rapport avec l'esprit qui a présidé à la fondation de la Société de chirurgie, avec la direction qui a été donnée à ses efforts par nos devanciers. Dans les années précédentes, de longues et savantes discussions ont donné la mesure du talent de plusieurs de nos orateurs, et l'on ne pourrait sans injustice méconnaître l'importance des questions dont l'examen a ainsi quelquefois occupé nos séances pendant plusieurs mois ; mais, d'un autre côté, tout esprit impartial doit reconnaître qu'à ces époques l'activité, l'assiduité du plus grand nombre de nos membres s'était singulièrement refroidie. En effet, ce que la plupart d'entre nous venons chercher dans cette enceinte, ce qu'espère trouver dans nos bulletins

Pres le public médical si nombreux qui suit régulièrement la de nos séances, c'est la relation des faits les plus importants de chirurgicale de chacun. Sous ce rapport, la richesse de l'année 1868 laisse peu à désirer, aussi dois-je, dès à présent votre indulgence, si, voulant rendre à tous la justice qui je me vois dans la nécessité de n'insister que très-peu fait en particulier.

nos membres les plus actifs, M. Desprès, après avoir, en du avec une grande insistance les opinions qu'il professe à l'inutilité du *traitement de la syphilis par le mercure*, a année de raviver une discussion encore récente en venant la Société des résultats observés par lui dans son service. M. Desprès, comme il le dit lui-même, ne s'est pas laissé le concert d'oppositions qu'il avait rencontré au sein de é, et il demeure convaincu que ses opinions finiront par L'ardeur avec laquelle M. Desprès a de nouveau défendu de voir, n'a pu vaincre le silence de ses contradicteurs. pas encore à notre zélé collègue une intéressante commu- le *régime des opérés dans nos hôpitaux*. Dans cette note, l'intérêt de nos malades, M. Desprès a courageusement pour le corps des médecins et des chirurgiens des hôpi- lus large part dans les délibérations administratives qui rectement au traitement des malades.

du dépôt sur le bureau par M. Broca, de la part de M. le : l'Assistance publique, des deux premiers volumes de la *médicale des hôpitaux de Paris* (années 1861 et 1862), vous é, sur la proposition de M. Lefort, appuyée par MM. Lar- lin, une Commission dite *Commission permanente de sta- urgicale*. Sa mission est de dresser le cadre dans lequel nger tous nos documents statistiques, et lorsque ce travail era terminé, la Société en accueillera la communication grande faveur.

les époques, les difficultés de diagnostic que présentent mes ont été signalées par les chirurgiens. M. Trélat vous lire une erreur qu'il avait commise dans un cas de *lipôme simulant un kyste synovial*. La tumeur, limitée à la paume laissait percevoir la sensation de fluctuation avec une in- netteté, et, en la pressant, on obtenait une sorte de frôle- ux et prolongé.

Cette présentation a donné lieu à une discussion rapide dans laquelle M. Hoinet a tenté de faire admettre, contrairement à l'opinion très-absolue de M. Chassaignac, que dans certains cas de lipômes l'on pouvait percevoir exactement la même sensation que celle que l'on constate lorsqu'il existe un kyste synovial.

M. Demarquay a mis sous vos yeux un bel exemple de *tumeur hypertrophique des glandes sudoripares*. Cette tumeur avait été d'abord prise pour un cancer, et les faits de ce genre, ainsi que l'a fait remarquer M. Verneuil, dont vous connaissez les travaux sur ce sujet, permettent d'expliquer les idées anciennes sur la non reproduction et la bénignité de certaines tumeurs de la peau dites cancéreuses.

M. Marjolin nous a communiqué une observation d'*hypertrophie diffuse de la glande mammaire*, à marche rapide, survenue chez une jeune fille de quinze ans et demi, de petite taille, non réglée. Le sein droit, qui dut être enlevé, pesait 1 kilogramme 510 grammes. Dans ce cas l'hypertrophie, quoique déjà considérable, était loin d'atteindre les proportions qu'elle avait prises chez la jeune fille opérée par M. Manec en 1859 pour une hypertrophie générale des deux mamelles. Chez elle, en effet, l'un des seins pesait quinze livres et l'autre seize.

Nous devons à M. Guyon la relation d'un fait très-intéressant d'*enchondrôme pur de la parotide*. La tumeur observée chez une jeune fille de 17 ans et demi, avait mis un peu plus de sept ans à se développer. Après la dissection, elle mesurait 24 centimètres de circonférence. Elle était constituée par du tissu cartilagineux vrai en abondance, à côté de tissus cartilagineux en voie de formation.

En opposition à la marche lente qu'a présentée cette tumeur cartilagineuse, je dois vous signaler les faits d'*enchondrômes à marche rapide* que nous ont fait connaître MM. Tillaux et Trélat. Chez la malade de M. Tillaux, les deux maxillaires supérieurs avaient été envahis et la résection partielle de ces deux os avait dû être pratiquée. La tumeur, grosse comme un œuf de poule, n'avait commencé à paraître que trois mois auparavant. Examinée par MM. Laboulbène, Ranvier, Tillaux, elle ne contenait que du cartilage à différents états de développement, et cependant elle s'était comportée comme les productions que nous sommes habitués à considérer comme de mauvaise nature.

Chez l'une des opérées de M. Trélat, jeune femme de 29 ans, la tumeur, qui occupait d'abord la partie latérale droite du cou et dont

s, au moment de l'opération, étaient la plèvre, le pharynx, les vaisseaux du cou et les apophyses épineuses des vertèbres; avait acquis un volume énorme en moins de dix-huit mois. Le kystome de la parotide, enlevé par ce chirurgien sur une femme, s'était développé en trois ans.

En présence du fait de M. Tillaux et des siens, M. Trélat s'est demandé si n'y avait pas lieu de réviser la question de la rapidité ou du retard de développement des tumeurs cartilagineuses. L'on doit se reporter à l'idée émise par notre collègue, mais à la condition, ainsi qu'il l'a observé M. Giraudeau, que tous les faits seront soumis à une investigation identique : l'examen microscopique. Dès lors, il apprend, une partie des faits anciens devront être laissés de côté, le débat.

M. Jolin nous a montré des pièces importantes se rattachant à un cas de *gangrène spontanée des extrémités inférieures* chez un enfant de 26 mois, ayant une *communication congénitale à la base des ventricules du cœur*. Ces faits sont très-rares, et dans les recueils de MM. Barthès et Rilliet on n'en trouve que six de men-

M. Jaryquay a vu mourir entre ses mains, par suite d'une *hémorrhagie à la blessure d'une artère intercostale*, un jeune homme chez lequel il avait pratiqué un très-léger débridement afin de faciliter l'emploi d'injections détersives dans la cavité pleurale. Il a noté que les rapports normaux des espaces intercostaux étaient notablement modifiés par la maladie, et la blessure du vaisseau se comprend facilement lorsqu'on sait qu'une partie du rebord inférieur de la côte supérieure manquait; l'artère n'était plus en sa place.

A cette occasion, M. Panas a exposé rapidement l'histoire d'un insensé observé par lui dans le service de M. Laugier. Ce malade mourut la suite d'une *hémorrhagie de l'artère intercostale* blessée sur un fragment de côte fracturée.

M. Jaryquay a payé son tribut à l'histoire des *plaies du cœur*. Il nous a montré une tige métallique longue de 16 centimètres, large de 2 millimètres, qui avait traversé d'avant en arrière et de gauche à droite la paroi postérieure du ventricule gauche dans toute son étendue, et le lobe inférieur du poumon droit. La tige n'avait pénétré dans les cavités du cœur. Elle a séjourné pendant plusieurs jours dans la poitrine sans amener dans le tissu du cœur aucune lésion appréciable. Le chirurgien ayant pu observer le malade

peu de temps après l'introduction du corps étranger dans le thorax, devait-il rester inactif ou intervenir immédiatement. Cette question, soulevée par plusieurs membres, a été résolue dans le sens de l'intervention par la plupart d'entre eux; malgré cette opinion, formulée d'ailleurs avec quelques réserves, il serait difficile de critiquer la conduite de notre collègue.

L'histoire thérapeutique des anévrysmes a été profondément modifiée depuis quelques années, et plusieurs des membres de notre Société, notamment MM. Broca et Vanzetti de Padoue peuvent à bon droit revendiquer une large part dans les progrès accomplis dans cette voie. Cette année, l'un de nos correspondants étrangers les plus actifs, M. Ciniselli, de Crémone, nous a adressé la relation d'un fait remarquable qui recule encore les limites de l'art relativement à ce point important de pratique chirurgicale. Chez un homme de 46 ans, M. Ciniselli a guéri un anévrysme de l'aorte ascendante à l'aide de la galvano-puncture. On ne saurait trop recommander la lecture de cette observation, qui renferme des enseignements nombreux et donne une haute idée de la science et de l'ingéniosité de notre confrère italien.

L'un de nos nouveaux collègues, M. le docteur Paulet, a lu, à l'appui de sa candidature, un important mémoire intitulé *Etude sur les suites immédiates ou éloignées des lésions traumatiques des nerfs*. Peu de jours après, M. Tillaux, dans un consciencieux rapport, faisait ressortir devant vous tout ce que ce travail renfermait d'intéressant.

La physiologie nous enseigne que le bout périphérique d'un nerf sectionné a perdu toutes ses propriétés conductrices, et qu'en conséquence les parties auxquelles il se distribue sont privées et de sentiment et de mouvement jusqu'à ce que les deux bouts soient réunis.

Eh bien! M. Paulet nous a fait connaître des observations qui sont de nature à ébranler sur ce point les convictions les plus fermes. Il a réuni vingt-huit cas de névrotomie avec résection dans lesquels les fonctions se sont rétablies quelquefois après un temps très-court, d'autres fois après plusieurs mois il est vrai, mais alors que la perte de substance faite au tronc nerveux égalait trois ou quatre pouces, ce qui exclut toute possibilité de restauration, d'après les lois posées par la physiologie. Enfin, dans certains cas, la résection d'un nerf important n'a troublé en rien la sensibilité ni le mouvement volontaire.

Assurément ces faits sont exceptionnels; mais, tels qu'ils sont, ils ont naturellement conduit l'auteur du mémoire et son rapporteur à

la proposition suivante : *Une partie du corps peut conserver l'innervation, bien que le tronc nerveux qui s'y distribue ne présente pas de communications habituelles avec l'encéphale.* Reste aux physiologistes à résoudre le problème qui leur est posé en ces termes. M. Panas, mettant à profit ses études de physiologie, a fait construire un *nouvel esthésiomètre*, à l'aide duquel il a tenté d'établir une relation nette entre les diverses sensations tactiles. Quoique ce soit un sujet de physiologie que de chirurgie, il s'y attache cependant un véritable intérêt pratique, et l'on comprend le parti que tireront les chirurgiens de l'emploi de cet instrument, notamment l'étude du retour de la sensibilité dans le cas de plaies des

communications qui vous ont été faites sur les *maladies des articulations* ont été nombreuses, variées et intéressantes. M. Panas vous a longuement exposé l'histoire de trois malades chez lesquels il pratiqua la *résection du maxillaire supérieur pour des tumeurs fibreuses et fibro-plastiques*. Ces trois tumeurs, constituées d'éléments des tissus cellulaires, embryonnaires ou complètement développés, ont été observées dans les trois départements de la mâchoire, si l'on peut dire ainsi, dans lesquels elles peuvent prendre naissance. La première était née, très-probablement, dans le canal dentaire; la seconde, dans le périoste de l'os; la troisième dans le périoste alvéolo-

airement, M. Panas soumettait à votre examen *une tumeur de la moelle épinière inférieure*, dont l'apparence, la coloration splénique rappelaient à s'y méprendre, les tumeurs à myéloplaxes bien décrites par M. Eugène Nélaton. On n'avait pas affaire cependant à un myélome, mais à ce que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de sarcome, c'est-à-dire à une production morbide due au développement anormal d'éléments embryoplastiques dans la moelle, avec envahissement de travées osseuses dans son épaisseur.

Cette observation intéressante prouve, à n'en pas douter, que l'examen histologique ne suffit pas, comme le voulait M. Eugène Nélaton, pour distinguer les tumeurs à myéloplaxes. Mais quelle est sa véritable portée par rapport à l'histoire générale des tumeurs? Question à résoudre, d'autant plus que l'on voit en lisant avec soin l'observation de notre collègue, qu'il s'agissait là d'une tumeur à éléments multiples et composée de parties encore en voie d'évolution. Cette observation est le résultat d'un travail important lu dans une autre enceinte par

l'un de nos collègues, M. Broca, sur les *odontomes cémentaires*, M. Letenneur, de Nantes, nous a fait parvenir une observation d'*odontome cémentaire radiculaire*. La tumeur avait mis vingt-six ans à acquérir son développement. L'observation avait été déjà communiquée à la Société de chirurgie, sous le titre d'*exostose éburnée*, mais elle n'avait pas été publiée. M. Letenneur possédait encore la pièce anatomique, et la lecture du travail de M. Broca, lui fit penser qu'il pouvait bien s'agir de l'une de ces productions morbides désignées par notre collègue sous le nom d'odontome cémentaire. L'examen, à l'aide du microscope, d'une coupe très-fine de la tumeur, a en effet démontré à M. Broca qu'il s'agissait bien là d'un odontome cémentaire, production pathologique qui constitue une variété des tumeurs dentaires étudiées et décrites pour la première fois chez l'homme par notre collègue M. Forget, dans un mémoire original couronné en 1859 par l'Académie des sciences, sur le rapport de M. Velpeau.

Les doubles fractures verticales du bassin bien décrites par Malgaigne, présentent parfois de grandes difficultés de diagnostic. Notre collègue, M. Panas, après avoir au lit du malade établi d'une façon précise la nature de la lésion, a pu à l'autopsie constater *de visu* l'existence d'une quadruple fracture de cette cavité. Les pièces ont été mises sous vos yeux et vous avez pu voir qu'une cinquième fracture séparait la quatrième pièce du sacrum d'avec la cinquième.

A cette occasion, M. Larrey demanda à M. Panas, si en même temps que la fracture, il n'existait pas une disjonction, même partielle, des symphyses, soit sacro-iliaques, soit pubiennes, rappelant que dans la plupart de ces traumatismes l'on rencontrait cette double lésion.

Quelques jours après, M. Dolbeau venait apporter l'appui de son expérience à l'opinion soutenue par M. Larrey. Notre collègue, nous faisait savoir qu'ayant observé quatre fois les fractures doubles verticales du bassin, trois fois il avait remarqué que la fracture postérieure intéressait l'articulation sacro-iliaque, et en même temps, il signalait à votre attention une lésion bien exceptionnelle consistant dans *luxation complète ou double de l'os iliaque*. En ce qui concerne le fait recueilli par M. Dolbeau, il s'agissait bien d'une *luxation ou disjonction de toutes les articulations du bassin*. Notre collègue, de son expérience, crut pouvoir, dans cette circonstance, diagnostiquer une fracture double du bassin, alors qu'il s'agissait réellement d'une luxation articulaire. M. Dolbeau pense que dans l'avenir, pour éviter cette erreur, en précisant davantage les symptômes douloureux et en recherchant avec grand soin

Le 6 janvier 1868, un individu, qui avait été

La machine à vapeur, fut apporté à l'hôpital Saint-Antoine, chez M. Panas. On apprit qu'il avait perdu connaissance immédiatement après l'accident, et qu'il avait été bientôt en proie à une agitation violente. Une saignée avait été faite; lorsque le malade fut apporté à l'hôpital, il était encore agité, il délirait, avait des mouvements désordonnés dans les bras et dans les jambes, et l'on put observer quelques contractions convulsives.

On ne remarqua aucune trace de violence, point d'ecchymose; la face était rouge, le pouls fort et plein. L'état d'excitation dura jusqu'à trois heures du matin, puis la respiration devint à ce moment difficile, puis s'embarrassa tout à fait, et le malade mourut à six heures.

La cause de la mort, qui n'avait pu être soupçonnée, fut découverte. Il s'agissait d'une luxation de la septième vertèbre cervicale. Au point correspondant, la dure-mère était intacte; mais le cône médullaire paraissait légèrement étranglé, présentait dans sa partie supérieure de 1 centimètre environ, une teinte violacée, ecchymotique; le tissu de la moelle était manifestement ramolli dans sa partie supérieure.

À l'hôpital, notre collègue M. Tillaux a observé en commun avec le docteur Millard, un cas de luxation spontanée de la septième vertèbre cervicale sur la septième, dans lequel les difficultés de la respiration n'ont pas été moins grandes, quoique le patient ait été pendant longtemps soumis à l'examen de nos confrères. Le malade, un jeune homme, avait fait une chute, mais celle-ci avait été légère; il continuait à jouer, lorsque tout à coup, quatre heures après, il tomba en apparence insignifiant, il s'affaissa en s'écriant: « Je ne puis me porter. » A partir de ce moment, il exista une paralysie absolue. La mort arriva quatre jours après le début des

Il est évident que cette observation doit être rattachée à ces cas dans lesquels des lésions déjà anciennes des surfaces articulaires échappent aux chirurgiens les plus sagaces, et se traduisent tout à coup entourées d'un cortège de symptômes des plus

caractéristiques du poignet, admises si facilement par les chirurgiens de ce siècle, et rejetées à peu près complètement depuis les travaux de Dupuytren, ne peuvent cependant être niées. C'est à Malgaigne, dès 1834, qu'il put en réunir trois exemples, que l'on doit reconnaître que ces luxations existent réellement, tout en étant

Les luxations en arrière sont les plus communes; des exemples non douteux en ont été publiés par M. René Marjolin dans sa thèse inaugurale, en 1839, par MM. Voillemier, Lenoir, et M. Guyon est venu mettre sous vos yeux un nouvel exemple de cette rare lésion. Chez un homme qui fut apporté à l'hôpital des Cliniques, il prit immédiatement le moule du membre, avant toute tentative de réduction. C'est ce moule que vous avez pu tous examiner. Eh bien! cette lésion est quelquefois si difficile à reconnaître, que plusieurs d'entre nous ont voulu contester à M. Guyon l'exactitude de son diagnostic. Cependant, notre collègue a cru pouvoir maintenir qu'il était en droit d'affirmer l'existence d'une luxation du poignet simple ou accompagnée de petites fractures insignifiantes.

Cette dernière réserve était très-justifiée, puisque M. Guyon n'avait pas été appelé à faire l'autopsie du membre blessé, car quelques jours après, M. Chassaignac vous faisait voir une pièce fort importante relativement à cette question. Il s'agissait d'un enfant chez lequel le radius et le cubitus avaient fait issue à travers la peau, la réduction avait été impossible et l'on avait dû pratiquer la résection des deux extrémités articulaires. Tout le monde croyait à l'existence d'une luxation type, car l'on voyait les surfaces articulaires, et cependant l'examen attentif de la pièce anatomo-pathologique démontra qu'une couche très-mince de la surface inférieure du radius était restée accolée au carpe, que, par conséquent, il ne s'agissait pas là encore d'une luxation pure du poignet.

A l'occasion de l'autopsie d'un malade affecté de luxation coraco-fémorale ancienne, M. Tillaux a entrepris sur le cadavre une série d'expériences fort intéressantes et destinées à déterminer le rôle exact que joue la capsule par rapport à la variété de déplacement de la tête fémorale. S'il n'est point encore prouvé, comme ont paru le démontrer les objections de quelques-uns de ses contradicteurs, MM. Broca, Després, etc., que les conclusions de M. Tillaux puissent dès à présent être acceptées sans réserve, je dois dire cependant qu'elles présentent un assez grand intérêt, pour que j'aie pensé à reproduire ici celles qui ont plus particulièrement un cachet de nouveauté. Notre collègue estime que : A la capsule est l'agent qui limite à peu près exclusivement la migration de la tête fémorale dans la luxation en arrière; B, que la rupture de la capsule, en arrière seulement, ou bien en arrière et en bas, donne toujours lieu à une luxation incomplète ischiatique; C, que la rupture de la capsule, en arrière, en bas et en avant (la partie supérieure seule étant intacte), donne toujours lieu à une luxation ischiatique; D, que la rupture de

en arrière, en bas et en haut (la partie antérieure ou iliaque étant seule intacte), donne toujours lieu à une luxation n, que ces deux types de luxation ischiatique et iliaque ont distincts qu'ils ne peuvent être transformés l'un en par la rupture complète de la capsule.

il a dernièrement, dans un cas de coxalgie avec suppuration : *résection de la hanche*. Son opéré est mort, mais notre me qu'il a trop tardé à pratiquer cette opération et qu'il blement réussi, s'il était intervenu deux mois plus tôt. Il très-disposé à recourir à cette opération, qui malgré les rts de notre collègue M. Le Fort, n'est pas encore entrée ique usuelle des chirurgiens français.

ent, M. Verneuil a appelé l'attention de la Société sur le ment réel que l'on peut observer dans certaines coxalgies, urtant la tête fémorale ait quitté la cavité cotyloïde. Ce ment est dû alors à une sorte d'éculement de cette cas- isposition tendrait à faire admettre par M. Verneuil, plus ait jadis, l'utilité de l'extension continue dans le traitement ie. Cette question de l'extension, ainsi que celle de l'op- la résection, a donné lieu à une discussion intéressante, nt pris part MM. Verneuil, Blot, Marjolin, Le Fort, Gi- elle a permis de voir combien de desiderata existent en- traitement de cette maladie redoutable. Nous avons vu Le Fort abandonner des appareils américains qu'il nous tés autrefois avec de grands éloges, et M. Giraldès nous a vérité des chirurgiens américains très-autorisés, tels que Sayre, Davis avaient fait construire des appareils pour l'indication de l'extension continue, mais qu'en réalité, il e se convaincre que tous ceux-ci n'agissaient qu'en immo- cuisse à sa partie supérieure et non en produisant une éloignerait l'une de l'autre les surfaces articulaires ma-

oyez, la question est loin d'être épuisée; par son impor- nérie assurément d'être souvent mise à l'ordre du jour de ons.

encement de cette année, M. Verneuil nous présenta un e lequel il avait pratiqué avec succès la *résection du coude de fracture articulaire, avec plaie pénétrante de l'articu-* e collègue avait été encouragé dans sa détermination par Vanzetti, de Padoue. Une discussion, à laquelle prirent uérin, Blot, Chassaignac, Guyon, Larrey, Le Fort, Panas,

Forget, Demarquay, s'engagea sur ce point de pratique chirurgicale. Tous nos collègues furent à peu près unanimes pour combattre la manière de voir du chirurgien de Lariboisière. M. Verneuil a été sensible à ces critiques; un nouvel exemple de plaie pénétrante s'étant présenté à son observation, il a voulu faire de la chirurgie expectante, malheureusement, il a perdu son malade. Vous le voyez messieurs, cette question des résections dans les cas de traumatismes récents mérite de fixer toute votre attention, et nous ne saurions trop vous engager à faire connaître à cette tribune tous les faits capables d'infirmar ou de faire prévaloir l'opinion de notre collègue.

Dans cette même année, nous ont été communiquées deux observations de *fractures de la rotule avec plaie pénétrante du genou*, qui ont été suivies de guérison. Dans les deux cas, les malades ont dû leur salut à l'usage des larges débridements, des lavages répétés, etc. L'une de ces observations a été recueillie par M. Duplay, l'autre par un chirurgien militaire, M. Baizeau. Sur ce dernier fait, vous avez entendu un rapport de M. Dolbeau. Ce chirurgien n'a pu qu'approuver l'usage du drainage, si heureusement mis à contribution par M. Baizeau.

Nous devons à M. Letenneur la connaissance d'un fait bien exceptionnel. Il s'agit d'un cas de *fracture du pubis par contraction musculaire*. Les détails qui accompagnent l'observation ne peuvent laisser aucun doute sur le mode de production de la fracture.

A plusieurs reprises, et l'année dernière encore, la question de l'opportunité de l'*application du trépan dans le cas de lésions traumatiques de l'encéphale* a donné lieu à d'importantes discussions. M. Tillaux vous a fait part d'un fait clinique, qui a une grande valeur relativement à cette question. Un jeune homme tomba sur le sol, d'une hauteur environ d'un troisième étage. Il fut apporté à l'hôpital dans un état voisin de la résolution. Sur le crâne, vers le sommet de la tête, à 2 centimètres de la ligne médiane, existait une plaie contuse peu étendue, au fond de laquelle on sentait les os à nu, à l'aide du stylet.

Le malade mourut; la lésion capitale que l'on rencontra était due à la présence d'un caillot sanguin situé sur les côtés du cerveau, au niveau de la fosse temporale, entre la dure-mère et la boîte crânienne.

La mort paraît bien avoir été déterminée par la formation brusque de ce caillot; or, comme l'a très-judicieusement fait remarquer notre collègue, ce caillot eût pu se former plus lentement, et le malade eût pu vivre avec une hémiplegie gauche. Dans cette hypothèse, le chirurgien pouvait songer à intervenir à l'aide du trépan; alors, il eût été

appliquer celui-ci dans le point du crâne où était la plaie, où le choc avait dû porter ; cependant l'agent compresseur, s'en trouvait à une telle distance, que l'opération eût été inutile.

Chez un autre malade, il existait une fracture du crâne avec un léger enfoncement et une plaie aux téguments. Quelle était la raison pour pratiquer la trépanation ? Cependant le malade mourut d'infection purulente, et à l'autopsie on découvrit que l'hémicrâne existait chez lui, était due, non pas à la dépression des os, ni aux éclats de la lame vitrée, mais bien à la présence d'un kyste qui, par sa situation, son volume, son étendue, ses adhérences, était inaccessible à la trépanation.

Quelques jours plus tard, M. Panas vous communiquait un fait très intéressant au point de vue qui nous occupe en ce moment, et vous citait d'anciennes expériences tentées sur les animaux et destinées à connaître les résultats expérimentaux annoncés autrefois par Malgaigne. Il a conclu de ses recherches que l'injection pratiquée entre la dure-mère et les os, déterminait plus rapidement des accidents et que celle faite dans la cavité arachnoïdienne.

La communication par M. Demarquay d'un enfant affecté de *bec-de-lièvre double compliqué*, nous a valu la lecture d'un travail de M. Broca : *Application de la suture osseuse au traitement du bec-de-lièvre double compliqué par saillie de l'os intermaxillaire* ; le travail de M. Broca sur deux observations qui sont personnelles à l'auteur.

M. Broca a voulu prouver que la méthode qui consiste à conserver les ossements, dans le cas de bec-de-lièvre double, compliqué de ce tubercule, a été trop facilement abandonnée par les chirurgiens ; sans prétendre que la conservation de ce tubercule est toujours possible, il pense avoir démontré qu'il y a des cas où on réussit d'une manière complète, à la faveur de l'avivement des ossements et de l'emploi de la suture osseuse.

Les communications relatives aux maladies des yeux nous ont été faites par des médecins étrangers à la Société. Ainsi M. Meyer, a présenté un malade sur lequel il a obtenu la guérison d'un *ophtalmie de la cornée* après avoir mis en usage le procédé de M. de Graëfe, procédé destiné à déterminer un aplatissement de la cornée à la suite de la production artificielle d'un petit kyste à l'épaisseur de cette membrane.

Nous avons inséré dans nos bulletins une observation très-compliquée. — TOME IX.

plète de *double luxation du cristallin* recueillie par M. Chennevier, professeur à l'École de médecine de Besançon. Notre confrère pense que l'on doit admettre deux espèces distinctes de luxation du cristallin : 1° la luxation de l'appareil cristallinien tout entier; 2° la luxation du cristallin, la capsule conservant ses rapports normaux. M. Dolbeau, chargé de faire un rapport sur le travail de M. Chennevier, a cru devoir faire des réserves relativement à cette interprétation des faits, il a émis l'opinion que la manière de voir de notre confrère demandait une démonstration plus rigoureuse.

Un de nos membres associés les plus éminents, le professeur de Graëfe, de Berlin, a fait passer sous nos yeux une série de dessins représentant des lésions rares de l'appareil oculaire; ainsi, un cas d'irrégularité congéniale du cristallin; un kyste séreux de la chambre antérieure; un polype mélaneux de l'œil, etc., etc.

Enfin, il y a quelques jours à peine, M. Panas nous a montré un exemple irrécusable d'ossification de l'iris.

Plusieurs communications importantes et relatives aux maladies des femmes, nous ont été faites dans le cours de cette année.

M. Depaul nous a donné la relation détaillée d'un fait de *déchirure centrale du périnée chez une primipare*. Cette lésion, en apparence si grave, guérit généralement par les seuls efforts de la nature. Dans le cas dont il s'agit, M. Depaul avait annoncé que des soins de propreté suffiraient pour amener une guérison complète; l'événement a justifié ce pronostic favorable. Un magnifique dessin annexé à nos bulletins rend plus saisissante cette lésion assez rare.

Comme cela arrive souvent lorsque l'attention est appelée sur un fait exceptionnel par une communication à la Société de chirurgie, des cas analogues nous ont été adressés par plusieurs confrères. M. Auger (de Pithiviers), et M. Stolz, l'éminent accoucheur de Strasbourg, auquel vous venez de conférer le titre de membre correspondant, nous ont envoyé deux belles observations de cette lésion, assez rare pour avoir pu être niée par certains accoucheurs ayant cependant une longue pratique.

M. Depaul, au nom de M. le docteur Faliu, nous a communiqué une observation de *corps fibreux de la matrice expulsé après le travail de l'accouchement*. M. Depaul s'était demandé s'il ne s'agissait pas là d'un cas de monstruosité fœtale, si l'on n'avait pas affaire à l'un de ces monstres que l'on a décrits sous le nom d'*anidiens*. L'examen microscopique fait par M. Robin n'a pas laissé subsister de doute relativement à la nature fibreuse de la tumeur.

Quelques jours après, à l'occasion de cette présentation, M. Forget a lu une note étendue intitulée : *Des corps fibreux et des polypes considérés pendant la grossesse et après l'accouchement*. Dans cette note sont passés en revue plusieurs points intéressants de l'histoire des tumeurs fibreuses de l'utérus et sont discutées avec soin les indications chirurgicales qui peuvent se présenter à la suite de l'accouchement lorsqu'il existe un corps fibreux ou un polype accessible à l'opération.

M. Guéniot a exposé longuement devant vous un fait d'accouchement par les voies naturelles dans un cas d'obstruction presque complète du petit bassin par un corps fibreux. M. Guéniot terminait son exposé par la communication par l'analyse d'un grand nombre d'observations appartenant à divers auteurs, et concluait que la réalité des tumeurs fibreuses imprimées à certains fibrômes par la gestation, quoique incontestable, manquait cependant encore d'une rigoureuse démonstration.

M. Depaul nous a soumis une observation qui présentait la même analogie avec la précédente et dans laquelle la terminaison n'a pas été moins heureuse. Notre collègue a en outre combattu l'assertion de M. Guéniot tendant à nier l'augmentation des corps fibreux et des polypes pendant la grossesse, il a rappelé, à l'appui de ses observations lues devant nous par MM. Guyon et Bailly, les observations de M. Depaul. M. Depaul termina son intéressante communication par une longue série de conclusions qu'il serait impossible de reproduire ici; la dernière fut ainsi formulée : Certains fibrômes utérins péritonéaux constituent une des plus graves complications de la grossesse et soulèvent des questions les plus embarrassantes de l'obstétrique. La solution de ces questions est loin d'être faite sur ce point important, qui est digne de méditations des chirurgiens.

Je n'aurais pas dû passer sous silence le fait remarquable que nous a appris dernièrement M. Dumesnil, de Rouen, d'une tumeur utérine dont l'élimination spontanée et partielle a eu lieu à travers la paroi vaginale.

Je vous présente à l'esprit la pièce si curieuse d'*hypertrophie de l'utérus* que M. Tillaux nous montrait il y a quelques jours. A la suite de cette présentation, s'est élevée dans le sein de l'assemblée une discussion qui a mis en lumière des faits assez peu connus à ce jour de variations plus ou moins périodiques dans le poids de l'utérus. Dans ce cas le poids de la matrice était de deux kilogrammes, et son volume représentait à peu près celui d'une tête de fœtus de huit à dix ans.

Le diagnostic des *calculs urinaires*, parfois si difficile, peut, dans quelques circonstances, devenir tout à fait impossible malgré l'exploration la plus minutieuse et la plus méthodique. Notre collègue M. Marjolin a dû méconnaître chez un enfant de deux ans un calcul qui était recouvert par des couches nombreuses et épaisses de fibrine et de mucus coagulé. Bien que certains symptômes eussent éveillé l'attention du chirurgien, la sonde ne donnant d'autre sensation que celle qui résulte d'une colonne charnue plus ou moins saillante, celui-ci dut abandonner l'idée de l'existence d'un calcul.

Quelques jours après, notre collègue a mis sous nos yeux un calcul volumineux qu'un jeune garçon de 14 ans et demi, taillé neuf ans auparavant par M. Deguise fils, avait rendu spontanément par le périnée. A la suite de l'issue de ce calcul a persisté une fistule urinaire qui a mis cinq ou six mois à se fermer.

M. Liégeois nous a présenté un calcul énorme de l'urèthre qui lui avait été remis par M. Bouché, médecin à Spincourt (Lorraine). Ce calcul présentait plusieurs particularités remarquables : il siégeait dans la partie initiale de l'urèthre et y avait séjourné vraisemblablement depuis une quarantaine d'années. Il était divisé en trois fragments irréguliers mais s'adaptant exactement l'un à l'autre; enfin le fragment le plus volumineux, le dernier enlevé, celui qui par conséquent était le plus proche de la vessie, était creusé dans toute son étendue d'un canal complet s'ouvrant aux deux extrémités de ce conduit par deux orifices très-régulièrement configurés, si ce n'est l'orifice postérieur, qui était surmonté d'une saillie conique en forme de luette. A propos de la fragmentation de ce calcul, M. Liégeois s'est livré à une longue et savante discussion relative à la possibilité de la fragmentation spontanée des calculs. Dans le cas actuel, M. Liégeois repousse l'idée de ce mode de fragmentation et admet que les calculs ont été projetés dans l'urèthre à des époques diverses, et que, par suite de frottements répétés, leurs facettes se sont adaptées.

La *pilimiction* et le *trichiasis* des voies urinaires ont été l'objet d'un travail d'ensemble que Rayer publia en 1850 dans les bulletins de la Société de biologie. Il crut, comme ses prédécesseurs, devoir admettre deux sortes de cas se rattachant les uns à la *pilimiction* proprement dite les autres au *trichiasis* simple ou essentiel des voies urinaires. Le *trichiasis* est constitué par des poils nés sur la muqueuse urinaire, la *pilimiction* est symptomatique d'un kyste fœtal ouvert dans la vessie. M. Broca vous a fait connaître un cas fort intéressant dans lequel l'examen à l'aide du microscope des parties expulsées a servi à déterminer d'une façon très-nette qu'il s'agissait bien d'un cas de

alors qu'il eût été possible d'admettre l'existence d'un chiasis; nous devons reconnaître avec notre collègue y a aucune raison pour nier *a priori* la possibilité d'une de poils par la muqueuse urinaire, en fait les preuves de bilité font complètement défaut jusqu'à ce jour.

geois et Boinet ont lu devant vous deux observations d'*ovario-*inées par la guérison. Ce dernier nous a exposé avec détails modifications heureuses qu'il a fait subir à quelques temps de ation et vous a communiqué sa statistique personnelle. Les que notre confrère a obtenus sont dignes de fixer votre t d'encourager les chirurgiens à entrer dans une voie utile issée jusqu'à ce jour dans notre pays.

on nous a présenté un malade à qui il a pratiqué une *am-*s-malléolaire par un procédé nouveau.

idé a essentiellement pour but de supprimer complètement t antérieur dont M. Guyon a eu l'occasion de constater la é, de prendre à la partie postérieure du membre le plus parties molles, enfin de rester dans les limites de l'opéra-malléolaire. Le lambeau postérieur, taillé d'après le pro-Guyon, contient dans son épaisseur tout le tendon d'Achille, ne n'est pas ouverte, et les tendons des muscles de la ré-rieure, dont les gaines sont intactes jusqu'au point de la férieure; l'artère tibiale y est également comprise dans sa procédé, mis une fois en pratique avec succès par notre mérite, messieurs, de fixer sérieusement notre attention.

ne en signalant les *instruments* que nous a montrés M. Du-ni sont destinés à régulariser les opérations exécutées dans des fosses nasales. Notre confrère a fait construire un spé-permet de bien éclairer l'intérieur de ces cavités, et des otypes qui ont quelques avantages évidents sur les instru-logues que nous avons jusqu'à ce jour à notre disposition.

voyez, messieurs, j'avais raison de vous le dire, l'acti-as été bannie de nos séances. Anciens et nouveaux, les de notre Société ont montré qu'ils avaient une grande ur la science; nous devons plus particulièrement des nts à ceux de nos anciens qui veulent bien ne pas désertar-ms et nous faire profiter de leur expérience déjà longue.

Permettez-moi, en terminant, de vous remercier de la grande bienveillance que vous m'avez tous montrée et qui a rendu ma tâche si facile.

ALLOCUTION DE M. LE PRÉSIDENT LEGOUËST.

MESSIEURS,

J'ai le devoir de vous faire le compte rendu moral et administratif des actes de la Société de chirurgie pour l'année 1868.

Si la prospérité des Sociétés savantes se mesurait à la prospérité de leurs finances, la Société de chirurgie n'aurait que des félicitations à s'adresser. En effet, elle ferme l'exercice budgétaire de l'année qui vient de s'écouler sur un excédant de recette de 2,000 francs. C'est aux modifications introduites dans nos statuts, c'est aux soins apportés par notre trésorier à leur exécution que nous devons cette petite fortune à l'emploi de laquelle le nouveau bureau devra aviser. Je crois être l'interprète bien inspiré de la Société tout entière en priant M. Houël de vouloir bien accepter nos remerciements du zèle et du dévouement avec lesquels il a rempli, pendant quatorze ans, la tâche délicate de trésorier. Il mettra, nous l'espérons, les conseils de son expérience au service de son successeur, et tiendra ainsi à bien mériter encore de la Société de chirurgie.

Pour la première fois, messieurs, votre président ne vous annoncera pas, dans cette réunion, la publication de vos travaux. Ni nos mémoires, ni notre bulletin n'ont paru. Le Comité de publication, pas plus que vos secrétaires ne sont responsables de cette lacune, due à la grève des ouvriers imprimeurs.

Pour la première fois aussi, le rapport sur les thèses envoyées au concours du prix Duval ne vous sera pas présenté : une indisposition n'a pas permis au rapporteur de la commission d'achever son travail en temps utile et nous prive d'une des plus douces satisfactions de cette journée, celle de récompenser le mérite. Dans quelques jours, je l'espère, cette omission sera réparée.

Un mouvement notable a eu lieu dans le personnel de la Société pendant le cours de l'année dernière : nous avons eu le regret de perdre un de nos membres honoraires, M. le professeur Jarjavay, inopinément enlevé à la science, à la pratique et à ses amis ; et quatre membres correspondants nationaux, MM. Clot-Bey, Ange Duval, Loir et Thore ; deux membres titulaires, MM. Cullerier et Voilemier ont de-

obtenu l'honorariat; enfin, une jeune phalange que je salue, Mot, Sée, Cruveilhier, Duplay et Paulet, a pris place parmi déjà payé à la Société un large tribut scientifique.

Je suis satisfait de vous annoncer que le catalogue de notre bibliothèque, sous l'active impulsion de notre bibliothécaire-archiviste, est prêt, son terme, et que l'acte de la donation faite à la Société par le notre regretté collègue Laborie est à la veille de nous rejoindre au Conseil d'État. Dès aujourd'hui, nous pouvons donc mettre au concours pour la séance annuelle de 1870 le prix Édouard Laborie dont la valeur est de 1,200 francs.

Je vous prie, messieurs, que la volonté de la donatrice est que le prix Laborie soit donné annuellement au meilleur mémoire scientifique présenté à la Société dans l'année courante, mais que tous les six ans, le sujet du mémoire serait donné par la Société, choisi parmi ceux dont le docteur Laborie s'est particulièrement occupé.

M. Laborie a pensé que pour rendre hommage à la mémoire de son collègue autant qu'à la générosité de sa veuve, il convenait d'insérer cette clause au premier concours du prix Édouard Laborie : Déterminer par des recherches la valeur de l'amputation sus-malléolaire aux divers points de vue : 1° de la mortalité consécutive à cette opération; 2° des pronostics; 3° de l'utilité des moignons dans la marche; 4° des complications que comportent ces derniers.

Permettez-moi de quitter le fauteuil que j'occupe depuis deux ans, le fauteuil auquel j'appartiens depuis près de sept ans, je remercie la Société de sa bienveillance qu'elle m'a témoignée; je ne crois pas pouvoir offrir un meilleur gage de ma reconnaissance qu'en m'associant intimement encore à ses travaux.

FIN.

TABLE

ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

DES MATIÈRES

RÉDIGÉE PAR LE SECRÉTAIRE ANNUEL

A

- an sus-malléolaire au lieu d'élection, 84.
- à la partie moyenne par un procédé nouveau, 334.
- spontanée de la jambe, 2.
- an, aorte ascendente galvano-purulente, 369.
- carotide primitive droite, compression digitale, guérison, 478, 483.
- carotide primitive, 269.
- à extension pour le membre inférieur, 497, 505.
- , luxation, 2.
- ie de la face, 140.
- pour évacuer et injecter les collections des cavités séreuses, 521
- discussion, 523.
- du président, 542.

B

- uxation du), 128.
- xation du tendon de la longue portion, 116.
- vre, présentation, 110.
- discussion, 112.
- procédés opératoires, 147.

C

- Calcul vésical*, 183, 51.
— discussion, 56.
— de l'urèthre, 59.
— rendu par le périnée, 73.
Cancer du testicule, 115.
Cristallin, luxation spontanée, 347.
Commission pour l'examen des archives, 511.
Compresseur artériel, 399.
Corps étrangers de l'oreille, 181.
— discussion, 185.
— fibreux utérins : observations et discussions, 213, 217, 229, 282, 292, 312, 330, 492, 494, 503, 513.
Cozalgie suppurée, résection, 352.
— discussion, 353, 385, 390, 402.
Crâne, fracture, 90.
— discussion, 94.
Compte-rendu des travaux de la Société de chirurgie pendant l'année 1868, 526.

D

- Déchirure centrale du périnée chez une primipare*, 75.
— discussion, 78.
Déscortication de l'hématocèle, 139.
— discussion, 143.
Demande d'ordre du jour, 9.
Dentition prématurée, 183.
— Elimination spontanée des deux incisives supérieures, 176.
Division des os longs par les instruments tranchants, 512.

E

- Élection d'un membre titulaire*, 16, 273.
— d'un comité de publication, 17.
— d'une commission de congés, 37.
— pour le renouvellement du bureau et la nomination des commissions, 510.
Enchondrome parotide, 217, 199.
— des deux maxillaires supérieurs, 181.

F

- Fibrome califié du maxillaire inférieur*, 208.
Fistules vésico-vaginales incurables, 504.

, bassin, 25.
crâne, 90.
discussion, 92.
col du fémur chez une centenaire, 493.
rotule avec plaie pénétrante du genou, 22, 167.
du pubis par contraction musculaire, 326.

G

glandoripares (Tumeur hypertrophique des), 40.
spontanée des extrémités, 87.

H

hémorragie vaginale, présentation de pièces, 130.
discussion, 145.
hémorragie d'une artère intercostale, 97.
discussion, 100.
hématurie du rein rendue par l'urèthre, 281.
hémorragie des cartilages d'ossification, 50.
de la mamelle, 342.

I

iodo-tannique dans les veines, 136.

J

jeune Amputation).
juvénile, présentation, 66.

L

la main simulant un kyste synovial, 173.
luxation, 175.
de Villate, injection, mort, 186.
de l'astragale, 2.
du bassin, 128.
discussion, 133.
coxo-fémorale, 260.
de la sixième vertèbre cervicale, 202.
de la septième vertèbre cervicale, 20.
du poignet, 205.

M

inférieur (Voyez Résection).

Maxillaire supérieur et inférieur : affection singulière des arcades alvéoles dentaires, 162.

N

Nomination d'un membre honoraire, 17.

— d'une commission permanente de statistique chirurgicale, 59.

Nerfs, lésion traumatique, 108.

O

Odontome radulaire cenotaire, 69.

Œsthénomètre, 3.

Ophthalmologie, présentation de dessins, 382.

Ossification irido-papillaire, 417.

Ovariectomie, 369, 404.

P

Périnée, perforation centrale dans l'accouchement, 285.

Pilumiction (Voyez *Trichiasis* des voies urinaires).

Plaie non pénétrante du cœur, 118.

— discussion, 124.

Polype utérin enlevé par l'écraseur, 492.

— de la vessie, 9.

Présentation d'instruments, 43.

Prix Laborie (lettre de création), 184.

R

Rapport sur un mémoire de Paulet, sur les affections chirurgicales des nerfs, 103.

— sur la division des os longs par les instruments tranchants, 520.

— de la commission des membres correspondants nationaux et étrangers, 525.

Régime des malades dans les hôpitaux, 17.

Réséction du maxillaire inférieur pour une tumeur fibreuse, 23.

— discussion, 31.

— de la hanche, 252.

— radio-carpienne, 9.

— dans les cas de fractures articulaires,

Rhinoplastie, 340.

Rupture centrale du périnée, 108.

S

Sarcome ossifiant du maxillaire inférieur, 419.

pellucide de la cornée, 41.
des hôpitaux, discussion, 43, 51.
nitement, 241.

T

ortunité, 79.
les voies urinaires, 260.
énolde du sein, présentation, 381.
née de la paupière supérieure, 510.
pertrophique des glandes sudoripares, 49.
cycloplaxe, .
comateuse enkystée des orteils, 307.
multiples de la face, 237.

U

ie, présentation, 33.

TABLE DES AUTEURS

A

B

BOINET, 404.
BROCA, 43, 47, 50, 113, 147, 260, 303.

C

17, 51, 55, 101.
CINISELLI, 269, 339.
COLSON (de Noyon), 510.

D

13, 49, 97, 109, 111, 281.
113, 312, 330.
DESPREZ, 17, 46, 241, 253, 320.
DOLBEAU, 128, 167.
DUMESNIL (de Rouen), 494.
DUPLAT, 22, 446.

F

29.

G

57, 113, 184.
2.
GUÉRIN, 36, 40.
GUERSANT, 9.
GUYON, 84, 205, 217, 326, 334.

H

IN, 231.
HUREL, 115.

L

LABBÉ, 40, 162, 527.		LEGUESI, 109, 512.
LARREY, 40, 45, 51, 100.		LEIENNEUR, 69.
LE FORT, 38, 40, 48, 53, 66, 81.		LIÉGEAIS, 3, 23, 39.
85, 100, 181, 391, 505.		

M

MARJOLIN, 2, 16, 53, 54, 57, 87, 182,		MEYER, 41.
222, 307, 342, 390.		MIRAULT (d'Adgers), 340.

N

NOTTA, 186.

P

PAULET, 103, 478.		PRESTAT (de Pontoise), 262, 492,
PERRIN, 37.		493.

R

ROUGE (de Lauzanne), 483.

S

SIMON (de Heidelberg), 504.		STOLZ, .
SISTACH, 435, 496.		

T

TARDIEU, 43.		196, 202, 206, 423, 440
THOMAS, 512.		TRÉLAT, 37, 47, 53.
TILLALX, 78, 85, 103, 118, 161,		

V

VANZUTTI, 11.		VERNEUIL, 9, 31, 41, 352, 369, 464
		478, 521.



BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

IMPÉRIALE

E CHIRURGIE

DE PARIS

PARIS. — Typographie Pottier, quai Voltaire, 13.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

IMPÉRIALE

DE CHIRURGIE

DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1869

DEUXIÈME SÉRIE

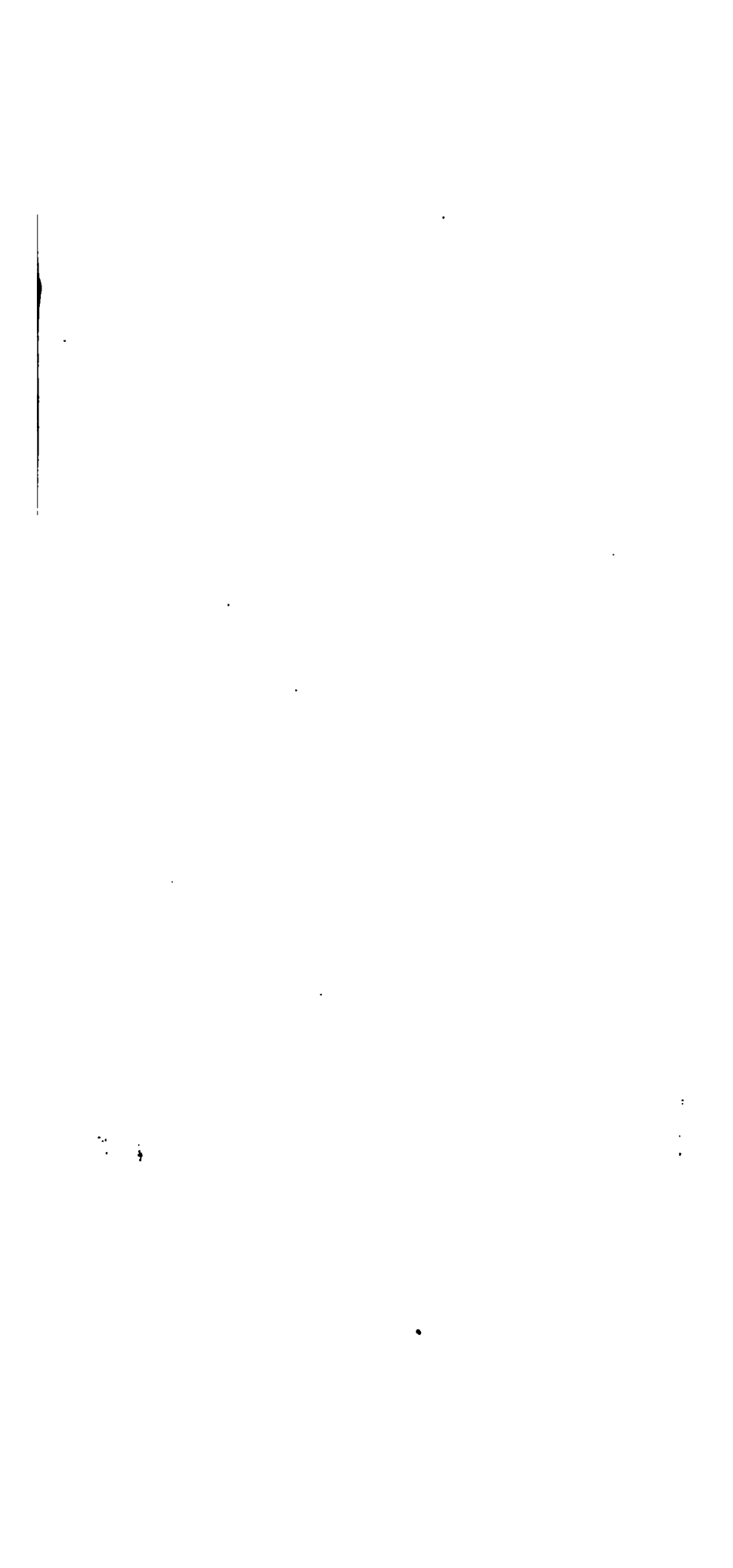
TOME DIXIÈME

PARIS

VICTOR MASSON ET FILS

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—
1870



TABLE

ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

DES MATIÈRES

RÉDIGÉE PAR LE SECRÉTAIRE ANNUEL

A

de la région parotidienne, 444.
 de Lisfranc, 373. — *Id.* tibio-tarsienne, 60.
 poplitée, 27, 53, 346, 352, 356, 390. — *Id.* de l'aorte traité par la
 suture, 79. — *Id.* artério-veineux, 487, 492. — *Id.* du cuir
 376.
 de nature, 85. — *Id.* (imperforation de l'), 177.
 movo-inamovibles plâtrés, 341.
 tide (blessure de l'), 487.
 ublation de l'), 213.

B

ve, 151, 161, 191, 535.
 iel, 180, 282.

C

opération de la) sur un âne, 425. — *Id.* capsulaire, 373.
 e, 143.
 e (accidents), 117, 120,
 8.
 59.
 mée, 382.
 caires, 155.

E

168.
 ppliquée à l'accouchement, 421.
 nique (courants continus, tumeurs), 106.
 ve, 252.
 182, 482.
 280.

F

Fibromes de lobule des deux oreilles, 2, 63.
Fracture de la cuisse, 228, 411. — *Id.* de la clavicule, 32, 41, 53, 110.
Id. du crâne, 114. — *Id.* du maxillaire inférieur, 138, 198. — *Id.* de
 deux os de la jambe, 143, 201, 218, 238.

G

Grandes lèvres (abcès des), 226.
Grefte épidermique, 511.
Grenouillette aiguë, 415.

H

Hémorrhagie (écoulement sanguin par l'oreille sans fracture du rocher), 3
Hernie étranglée, 216, 264.
Hydatides de l'humérus, 41.

K

Kyste dermoïde purulent, 458. — *Id.* mélicérique, 198. — *Id.* de l'ovaire,
 455, 496.
Kéloïdes cicatricielles, 478, 485.

L

Laryngite syphilitique, 169.
Lèvres (division congénitale des), 574.
Lithotrie périnéale, 493, 515.
Lipome fibro-graisseux, 138. — *Id.* herniaire, 28.
Lurcation de l'épaule, 245, 331. — *Id.* de la mâchoire, 526. — *Id.* du pre-
 mier métatarsien gauche, 33. — *Id.* de l'avant-bras en dedans, 442. —
Id. sous-astragaliennne, 213.

M

Maxillaire supérieur (disparition du bord alvéolaire), 210.

N

Nécrose de l'humérus (dégagement spontané d'un séquestre invaginé), 25.

O

Occlusion du gros intestin, 303.
Opérations (statistique), 388, 445, 484, 500.
Oculistique (éclairage), 192.
Ostéite suppurée des extrémités diaphysaires des os, 6, 91.
Ovariectomie, 41, 54, 455, 459, 484.

TABLE DES MATIÈRES.

C

10.

P

re fessière, 423. — *Id.* du larynx, 327.

iration du), 426.

us consécutif à une saignée pratiquée sur un albuminuri-

rynx, 31, 322. — *Id.* naso-pharyngien, 342, 437, 501, 505.

R

ation du), 180.

considérable du bassin, 444.

S

que du cubitus fracturé, 23.

253, 266, 277, 285, 304, 475.

(altérations) chez un nouveau-né, 434.

T

, incisions de la prostate. 412.

149, 406.

contre les accidents chloroformiques, 161. — *Id.* dans les

philitiques du larynx, 174.

nitale, 207, 533. — *Id.* cancréomateuse de la main, 482. —

et de l'orbite, 260. — *Id.* dentaire, 442. — *Id.* fibreuses uté-

, 65, 91, 111, 140. — *Id.* prenant naissance dans la gaine des

ix, 156, 162, 164. — *Id.* lymphatique, 28, 114. — *Id.* de la

xérieure, 61. — *Id.* parotidienne, 156. — *Id.* fibro-plastique

— *Id.* fibro-plastique de la gaine des vaisseaux, 156, 162,

le la région massétérine, 60.

U

our les femmes, 159.

xterne, 48.

V

atiques intra-ganglionnaires, 353, 439.

dans la), 374.

s (vice de conformation), 402, 419.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

1871, 1872

TABLE DES AUTEURS

A

ANCELET (de Vally-sur-Aisne), 444.

B

BAILLOT (de Bar-le-Duc), 25.

BAIZEAU, 32.

BLOT, 35, 42, 111, 114, 179, 340,
350, 405, 421, 432, 473, 479, 486,
515.

BOINET, 179, 340, 351, 498.

BROCA, 5, 6, 136, 142, 280, 376,
381.

C

CHASSAIGNAC, 4, 5, 28, 32, 37, 41,
53, 151, 153, 156, 191, 200, 368,
369, 373, 381, 420, 421, 480, 491,
495, 511.

CINISELLI, 79, 106.

COURANJON, 389.

D

DAUVÉ (de Constantine), 23.

DEMARQUAY, 4, 11, 21, 29, 34, 35,
60, 61, 149, 151, 156, 178, 205,
213, 245, 263, 264, 323, 373, 432,
481, 482, 499, 500, 522.

DEPAUL, 140, 207, 277, 434, 498.

DE SAINT-GERMAIN, 421.

DESGRANGES (de Lyon), 390.

DESORMEAUX, 156, 228.

DESPRÉS, 29, 60, 61, 159, 174, 199,
200, 266, 290, 304, 319, 320, 333,
423, 424, 425, 452, 473, 477, 480,
485, 486, 496, 514.

DOLBEAU, 6, 32, 34, 210, 493, 496,
520, 522.

DUBOÛÉ, 426.

F

FLEURY (de Clermont), 64, 216.

FORGET, 60, 159, 200, 321, 334, 400,
410, 417, 445, 458, 481.

TABLE DES AUTEURS.

G

denay), 286.	GURRSANT, 222, 272.
7, 272.	GUÉNIOT, 6, 91, 187, 269, 282, 485.
4, 150, 154, 161,	GUÉRIN, 151, 153, 161, 176, 272, 274,
14, 225, 239, 240,	511.
2, 256, 259, 269,	GUYON, 27, 221, 224, 274, 418, 452,
14, 422, 452, 453,	472, 491, 514, 515, 522, 526, 527,
2, 495, 522.	528.
182.	

H

n, 422, 425.	HORTELOUP, 28, 78, 198.
	HOUEL, 20, 242, 281, 429, 472, 474.

K

KRISHABER, 21, 222.

L

18, 219, 260, 262,	LEGOUEST, 27, 28, 52, 187, 242, 427,
	472, 478, 480.
124, 240, 241, 486.	LEGROS, 117, 120.
24, 114, 149, 151,	LEROY D'ÉTIOLLES, 106.
21, 246, 281, 282,	LETENNEUR (de Nantes), 41, 48, 501.
10, 250, 251, 258,	LIÉGEOIS, 61, 117, 120, 127, 150,
24, 421, 422, 452,	188, 222, 246, 252, 277, 286, 290,
	311, 240, 455, 472, 477.
	LUZAREY (de Mezin), 229.

M

nt-Etienne), 2.	MEILHAC (d'Argental), 62.
2, 77, 180, 262.	MOREL (de Montdidier), 60.

N

c), 419.

O

P

- | | |
|---|--|
| PANAS, 5, 131, 135, 192, 196, 199,
300, 304, 352, 319, 352, 433, 462,
526.
PAULET, 34, 142, 150, 155.
PERRIER, 473. | PERRIN, 137, 149, 150, 220, 373, 417,
496.
PLACHAUX (de Genève), 327.
PRESTAT (de Pontoise), 327. |
|---|--|

R

- | | |
|---------------|-------------|
| RAISEAU, 110. | ROUGE, 138. |
|---------------|-------------|

S

- SÉE, 199, 433, 515.

T

- | | |
|---|---|
| TARNIER, 56, 65, 113, 114, 142.
THOMAS (Louis) (de Tours), 83, 182,
303, 442.
TILLAUX, 4, 29, 61, 158, 180, 220,
221, 417, 418, 453, 474, 491, 496,
514. | TRELAT, 5, 30, 23, 35, 150, 131,
155, 168, 169, 176, 179, 199, 205,
220, 263, 311, 340, 346, 350, 351,
355, 357, 359, 402, 412, 419, 431,
434, 439, 480, 481, 514, 515, 523,
534, 542. |
|---|---|

V

- | | |
|--|--|
| VAN DE LOO, 241.
VERNEUIL, 16, 21, 28, 25, 61, 150,
161, 162, 179, 199, 222, 263, 280, | 239, 241, 258, 274, 412, 417, 418,
487, 525, 539. |
|--|--|

CORRESPONDANTS.

VII

CORRESPONDANTS

Nationaux.

Étrangers.

),

MM. BRODHURST,
KRASSOWSKI,
BARDELEBEN,
GAUTHIER.

NGUE.

DÉCÈS

IT,
DUX,

MM. HODGSON,
HEYFELDER (père).

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ
IMPÉRIALE
E CHIRURGIE
DE PARIS
SÉANTE RUE DE L'ABBAYE

SÉANCE DU 6 JANVIER 1868

Présidence de M. LEGUEST

Procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique*. —
Archives de médecine. — La *Gazette médicale de Strasbourg*.
Gazette médicale de Toulouse.

Revue de lithothlésie, par le docteur Denamiel. In-8° de 104 pages.
18.

Notta, membre correspondant, adresse un important travail
De l'emploi de la liqueur de Villate dans le traitement des af-
fections chirurgicales.

Contribution to the surgical pathology of sero-sanguineous cysts
of the neck and axilla, by John Birkett, chirurgien de Guy's hospital.

VERNEUIL offre à la Société un certain nombre de thèses de
médecine : Aug. Bousseau : *Des rétinites secondaires ou symptomu-*
atiques. — TOME X.

tiques; Anat. Poiteau : *Des lésions de la portion cervicale du grand sympathique*; O.-P. Dériaud : *Influence réciproque de l'impaludisme et du traumatisme*; V. Droin : *De l'ostéo-périostite*; F. Reuillet : *Étude sur les paralysies du membre supérieur, liées aux fractures de l'humérus*; L. Rioms : *De l'appareil à pointe métallique et de son emploi dans les fractures*.

— M. DOLBEAU, au nom de M. le docteur Magdelen, de Saint-Étienne, montre à la Société deux fibromes du lobule de l'oreille et communique l'observation suivante :

Fibromes du lobule des deux oreilles, chez une femme de 26 ans. Ablation. — La nommée P..., âgée de 26 ans, s'est présentée chez moi, le 17 novembre; elle portait au lobule des deux oreilles des tumeurs faisant saillie aux faces externe et interne du lobule.

A l'oreille gauche et en arrière, la saillie a le volume d'un œuf de pigeon et à la face externe correspondent deux petits tubercules inégaux assez rapprochés l'un de l'autre. Le plus petit est arrondi, du volume d'un pois, l'autre est un peu allongé verticalement. Ces tubercules semblaient faire corps avec la tumeur principale.

L'oreille droite supporte deux saillies plus volumineuses, l'une en avant, l'autre en arrière. Ces tumeurs sont très-dures, oblongues, à peu près aussi grosses l'une que l'autre; c'est la saillie postérieure que j'ai l'honneur d'envoyer à la Société de chirurgie.

La peau, qui les recouvre, est très-tendue, blanchâtre, mobile relativement.

Elles se sont développées depuis près de trois ans, peu de temps après que cette dame s'était fait percer les oreilles pour y adapter des pendants.

Au mois de juillet de cette année, un médecin de la ville consulté avait pris ces tumeurs pour des tannes et fit une ponction avec une lancette; mais il trouva une très-grande résistance : il ne s'écoula que du sang; il ne fut fait aucune autre chose.

Mais l'oreille droite de madame P... devint douloureuse au toucher à la suite de la ponction, et le développement allant toujours croissant, elle vint, le 17 novembre, me prier de la débarrasser de la cause de ses souffrances et de l'indifférence de son mari.

L'idée de kyste sébacé étant éloignée par les commémoratifs, il n'y avait plus guère à songer qu'à une lésion que je crois assez rare, aux fibromes du lobule de l'oreille. En raison du développement croissant des tumeurs, en raison des douleurs de la malade et de la volonté

vait d'être débarrassée de cela, je lui ai proposé l'ablation avec ri.

it que les tumeurs de l'oreille droite étaient isolées l'une de rien qu'elles ne fussent pas pédiculées, le 20 novembre, je fis la tumeur externe par deux incisions obliques, à direction , et après dissection des lambeaux, je m'aperçus que les deux dépendaient d'un même tout, que je voulus enlever tout de fois la malade n'y voulut pas consentir, parce qu'elle souffrait eséquai le plus possible de la tumeur, et je fis deux points de étallique. Pansements à l'alcool étendu d'eau.

novembre, j'enlevai du même coup les saillies du lobule Quatre incisions, deux en avant et deux en arrière, me per- enlever le tout, et je pus voir, en incisant la tumeur, qu'elle et qu'elle était de nature fibreuse (examen microscopique nes pansements que pour l'autre oreille. Réunion par pre- ention. Du côté droit, il était survenu un peu de suppuration. ns, l'inflammation était si peu de chose, que le 5 décembre, la tumeur postérieure du lobule droit et régularisai ainsi cette

lédecembre, madame P... est complètement guérie. Ses oreilles orme normale; les cicatrices ne sont pas très-visibles.

-t-il plus tard récidence des fibrômes?

COMMUNICATION.

ement sanguin par l'oreille, sans fracture du rocher.

WOLIN. Un enfant de 3 ans et demi, rachitique au plus haut : entré dans mon service, le 3 septembre dernier; il venait de chute d'un second étage et perdait par l'oreille une grande le sang.

t malade présentait beaucoup d'agitation; les membres avaient leur mobilité, et il y avait à la voûte crânienne tous les une fracture avec enfoncement. Je fis appliquer des révulsifs ombres inférieurs et prescrivis un purgatif (jalap et calomel). nd jour, il parut y avoir amélioration. L'agitation avait dis- is le pouls était faible et l'écoulement du sang, après avoir oute la nuit, avait été remplacé par un écoulement de séro- ura quarante heures.

énéral continua à s'améliorer. La paralysie, qui s'était mon- tout le côté gauche, avait cessé; l'intelligence reparut et

l'enfant put se promener, à la condition que quelqu'un lui donnât la main.

Je pensais que mon petit malade pourrait, à quelques jours de là, quitter l'hôpital, lorsque, le 15 novembre, il prit à ses voisins une rougeole, suivie de gangrène de la bouche et d'abcès volumineux de la joue. Le 27, il présentait tous les symptômes du croup, maladie à laquelle deux de ses petits voisins d'hôpital avaient succombé. Un instant, il parut aller mieux; à la fin, une broncho-pneumonie vint entraîner la mort.

Nous trouvâmes une fracture transversale, avec dépression et enfoncement de la voûte crânienne; la substance cérébrale était à la périphérie du cerveau et dans la partie correspondant à la fracture réduite en putrilage. Il existait sous l'arachnoïde un épanchement sanguin considérable; mais rien ne nous montra du côté du rocher, intact sur toute sa face supérieure, l'origine de l'écoulement de sang et de sérosité. La fracture, qui partait de la voûte du crâne, se prolongeait jusqu'à la base; et bien nous en prit de ne pas trépaner, comme on aurait pu être tenté de le faire dans cette circonstance.

M. CHASSAIGNAC. On ne trépane que quand on peut savoir où il faut trépaner pour tomber sur l'épanchement, ou quand la compression, augmentant incessamment par la continuité de l'hémorrhagie intracrânienne, menace évidemment le malade d'une mort prochaine et inévitable. Ces indications n'existaient pas dans le cas actuel. Je demanderai à M. Marjolin s'il y avait ouverture du sinus longitudinal supérieur.

M. MARJOLIN. Ce sinus était intact.

M. TILLAUX. Ce fait est un exemple de plus de l'inutilité de la trépanation. Ainsi, cet enfant présentait une paralysie d'un côté, symptôme regardé comme le meilleur signe, la meilleure indication de l'application du trépan, et cependant l'enfant a guéri de sa fracture. Le trépan n'eût servi à rien, et s'il l'eût appliqué, on lui aurait attribué tout l'honneur de la guérison. Quelle était la quantité de sang perdu par l'oreille? Une faible quantité de sang n'est pas absolument caractéristique d'une fracture du crâne.

M. GIRALDÈS. La fracture du rocher n'est pas une condition *sine qua non* de l'écoulement sanguin par l'oreille dans les traumatismes du crâne. Dans un mémoire présenté à la Société par M. Prescott Hewelt, mémoire dont le rapport eût dû être fait par M. Robert, il y a un exemple remarquable d'un semblable écoulement de sang sans fracture du rocher. Il s'agissait d'un homme de 45 ans, chez lequel l'écoulement séro-sanguin abondant avait duré trois jours.

M. DEMARQUAY. Je persiste à croire que l'écoulement de sérosité par

est un signe certain de fracture du rocher, surtout s'il y a faciale; mais nous savons tous que le malade peut guérir d'une semblable fracture.

LAT. Dans le cas de M. Prescott Hewelt, il y avait fracture de la base des osselets de l'ouïe, par conséquent lésion grave de l'oreille moyenne. M. Morvan a montré dans un mémoire sur ce sujet que la fracture de la paroi inférieure du conduit auditif externe n'est pas mortelle et qu'on trouve souvent alors des écoulements de sang abondants par l'oreille, bien que le rocher soit intact. Il faut distinguer l'hémorrhagie de l'écoulement séreux; ce dernier n'appartient qu'aux fractures du rocher.

JOLIN. L'écoulement séreux a été peu abondant et de peu de durée; c'est au moment où l'hémorrhagie a cessé que l'hémiplégie a été trépanée. Il y aurait donc eu, sous ce rapport, indication de trépanation. Je n'avais pas craint de voir la fracture aller jusqu'à la base du rocher. Quant à l'intégrité du rocher, je dois dire que le sujet étant jeune nous n'avons pu que constater que la paroi supérieure était intacte.

CA. Cette circonstance doit être notée avec soin au procès-verbal; car il ne faudrait pas que le fait de M. Marjolin pût faire croire à la possibilité de l'écoulement séreux continu, abondant, par la fracture du rocher.

ASSAIGNAC. L'observation ne prouve pas sans conteste que le malade a guéri de ses lésions crâniennes et cérébrales; car s'il ne fût que guéri de sa fracture, il eût pu très-bien mourir d'encéphalite. Il y avait aussi une tumeur du cerveau, une partie de la substance cérébrale était détruite; or, nous savons très-bien qu'une encéphalite commence assez souvent, longtemps après l'accident et entraîne la mort du malade qu'on croyait guéri de sa fracture.

VAS. J'ai eu récemment dans mon service deux malades qui ont saigné beaucoup de sang par l'oreille, et chez tous deux il y avait une fracture de la membrane du tympan; l'un avait reçu un coup sur le rocher, l'autre sur l'apophyse mastoïde.

Le premier est mort: il n'y avait rien au rocher; le second a guéri. L'écoulement sanguin non plus par le rocher, mais directement de la base du crâne peut quelquefois être des plus inquiétants par sa durée.

Il y a quelques jours, un homme entra dans mon service avec une fracture du crâne, plaie de tête accompagnée d'issue de matière cérébrale. Il perdait par la plaie beaucoup de sang. J'enlevai deux doigts, et je vis que le sang venait d'un point éloigné de la surface

du cerveau. J'appliquai dans cette direction une couronne de trépan; je fis sauter le pont intermédiaire, et je vis que le sang était fourni par une énorme veine, correspondant à une circonvolution cérébrale. L'hémorragie s'arrêta, ou plutôt se réduisit à un suintement dont je vins à bout par l'application de charpie imbibée de perchlorure de fer. Le malade succomba quarante-huit heures après. La substance cérébrale, formant la corne occipitale, était comme broyée.

M. DOLBEAU. M. Broca a-t-il des nouvelles de l'enfant qu'il a trépané pour des attaques épileptiques consécutives à un traumatisme du crâne?

J'ai été consulté par un avocat au sujet de ce malade, car le père intente un procès au patron de son enfant, et il paraît, d'après le dire de cet avocat, que l'épilepsie aurait reparu comme auparavant.

M. BROCA. Mon petit malade est venu à la Pitié me demander des certificats dans le dessein d'obtenir de son patron une indemnité. A cette époque, le souvenir de son épilepsie ne lui était pas revenu à la mémoire; à cette époque aussi, il n'y avait eu aucune attaque d'épilepsie depuis l'opération, et je crains fort que cette prétendue récédive ne soit un argument de plaidoirie; ce qui me ferait presque regretter de ne pas être appelé à éclairer sur ce point la justice.

M. GIRAUD. J'ai eu pendant quatre mois dans mon service le malade de M. Broca, et pendant tout ce temps il n'a eu aucune attaque d'épilepsie.

Ostéite suppurée des extrémités diaphysaires des os, avec décollement des cartilages éphysaires chez un enfant nouveau-né.

— **M. GUÉNIOT.** J'ai présenté dans l'une des dernières séances de la Société de chirurgie les diverses pièces du squelette atteintes de cette lésion; mais l'heure trop avancée ne m'a pas permis d'exposer les détails de l'observation. Ce sont ces mêmes détails que je viens communiquer aujourd'hui à la Société.

Un enfant, âgé de 20 jours, du sexe masculin, d'apparence très-chétive, quoique né à terme, fut apporté dans mon service, le 14 décembre dernier, pour une ulcération gangréneuse du pli de l'aîne droite. En examinant le petit malade, je reconnus bientôt qu'il existait, en outre, une ulcération de l'ombilic, une paralysie ou inertie complète des quatre membres et, enfin, un décollement des cartilages épiphysaires à l'extrémité supérieure des deux jambes. On pouvait produire aisément en ce dernier point, c'est-à-dire à environ 15 millimètres au-dessous de chaque genou, un déplacement latéral des plus marquées du corps des tibias et des péronés. La mobilité de ces os dans

itéro-postérieur n'était pas moins évidente. On eût dit une iculation au-dessous de l'articulation du genou, qui restait ent saine. La continuité des *diaphyses* me parut d'ailleurs as les membres inférieurs comme dans les supérieurs.

tre membres étaient amaigris, flasques et tout à fait inertes. oulevait pour les abandonner ensuite, ils retombaient aus- lement, sans qu'on pût constater la moindre contraction e. Les avant-bras et les mains, en état de forte pronation, sur les côtés du tronc. Les cuisses, à demi-fléchies, se au contraire difficilement étendre, comme si certains issent été contracturés. Mais les jambes et les pieds étaient e sorte flottants et comme appendus aux fémurs. La sensi- issait fort émoussée, et l'enfant ne répondait que très-faible- petites piqûres pratiquées, à titre d'épreuve, sur les tégü-

pliquer l'origine de ces diverses lésions, il me parut naturel que l'enfant était né en présentation du pelvis, et que des iolentes avaient dû être exercées sur lui dans le but d'en dégagement. La réparation des cartilages épiphysaires du péroné pouvait ainsi, jusqu'à un certain point, se com- e même que la paralysie des quatre membres, résultat pro- ie lésion de la moelle épinière au niveau du cou. Et ce qui ore fortifier cette manière de voir, c'est que l'ulcération se du pli de l'aine accusait, d'une façon presque certaine, ion produite par la pression d'un lacs ou d'un crochet rief, cette explication, si vraisemblable qu'elle puisse pa- t cependant on ne peut plus erronée. En m'adressant aux sources de renseignements, j'appris en effet que l'accou- vait été naturel et s'était effectué en présentation du som- ère était âgée de 23 ans, blanchisseuse, et avait eu déjà its.

écembre, c'est-à-dire, vingt-cinq jours après sa naissance, malade, qui n'avait plus la force de têter, succomba dans nt, après avoir présenté quelques plaques érythémateuses à la voûte palatine et sur les membres inférieurs. Son poids ndu à 1,835 grammes.

lésions que l'autopsie me permit de constater. tion du bout supérieur des deux radius et des deux cubi- les extrémités diaphysaires des os des membres sont alté- nmées et suppurées. Partout, la lésion offre les mêmes ; il n'existe que quelque différence dans le degré et dans

l'étendue. Les fémurs et les humérus à leurs deux extrémités, de même que les tibias et les péronés à leur extrémité supérieure sont les parties du squelette le plus fortement atteintes. L'extrémité inférieure des radius et des cubitus et, surtout, celle des tibias et des péronés sont au contraire altérées à un moindre degré.

La lésion consiste en une forte injection, avec taches ecchymotiques, de toute l'extrémité osseuse qui confine au cartilage diaphysaire. L'os en ce point est d'un rouge foncé, presque brun et comme infiltré de sang noir. Son extrémité est séparée du cartilage par une couche de pus grisâtre et épais. Le foyer purulent a la forme lenticulaire, aplatie et se trouve circonscrit, à sa circonférence, par l'espèce de coque fibreuse ou périostique qui relie encore le cartilage à l'os. Le tissu osseux conserve d'ailleurs sensiblement sa dureté normale et la pointe d'un scalpel ne le pénètre que difficilement. L'altération inflammatoire ne s'étend pas à plus de 5 à 10 millimètres de la surface désunie.

Le périoste, épais, rouge et enflammé, est resté adhérent; mais il est assez facile de le séparer dans l'étendue d'un centimètre, à partir de la surface suppurante. Le cartilage épiphysaire conserve, au contraire, tous ses caractères normaux. Mon collègue, M. Parrot, qui en a fait l'examen microscopique, ne l'a trouvé un peu inégal et altéré que dans les points en contact avec le pus, et seulement à la surface. Sa désunion d'avec le tissu osseux permet, avant l'ouverture de cette espèce de fausse articulation, de le faire jouer en tous sens sur l'extrémité diaphysaire de l'os. Et quand le pus se trouve évacué par une ponction, les deux surfaces produisent par le frottement une crépitation rude, qui n'était pas perçue sur le vivant.

Les articulations qui avoisinent ces lésions, de même que le corps des diaphyses, sont exemptes de toute altération pathologique. L'affection se trouve ainsi nettement localisée aux extrémités des diaphyses. Le noyau d'ossification de l'épiphyse inférieure des fémurs est complètement sain comme le cartilage qui l'environne. Il en est de même du noyau osseux du calcaneum et des divers os du crâne, de la colonne vertébrale et de la cage thoracique.

Les ganglions lymphatiques de l'aisselle, du pli de l'aîne et du creux poplité offrent, des deux côtés, un développement exagéré. L'ulcération gangréneuse de l'aîne droite n'a aucun rapport de continuité avec le foyer épiphysaire du fémur correspondant. Ulcération de l'ombilic pénétrant jusqu'au péritoine. Caillot noir oblitérateur dans les vaisseaux ombilicaux (veine et artères); pas de phlébite ombilicale.

Viscères : deux plaques d'un jaune sale, ayant tout à fait l'appar-

pus, existent à la face convexe du foie. Une troisième, plus large de 2 centimètres, se remarque sur la face inférieure. Trois sont dans le voisinage de la vésicule biliaire; mais celle-ci, d'une bile vert foncé, n'a aucune connexion avec elles. Ces sont formées par un dépôt de matière probablement purulente, tement au-dessous de la capsule de Glisson. Leur minceur qu'à la coupe, elle ne paraissent pas avoir une épaisseur de a cinquième de millimètre. Une autre plaque, en tout sem-ix précédentes, mais plus étendue, existe sur la face antéro-des lobes supérieur et moyen du poumon droit. La plèvre re-ette couche extrêmement mince de substance puriforme. Nulle ce d'infection purulente. Tous les viscères, y compris le cer-a moelle épinière, sont exempts d'altération pathologique. t qui précède se rapporte évidemment à l'affection décrite, dans iers temps, sous les noms d'*ostéite épiphysaire* (Gosselin), de nt épiphysaire (Klose), d'*ostéo-myélite* (Chassaignac), etc. as plusieurs rapports, ils s'en éloigne sensiblement et constitue ple, sinon unique, du moins extrêmement rare, dans son es-est pourquoi j'ai cru devoir en donner l'observation détaillée. rement à l'âge, l'enfant n'avait que vingt jours lorsqu'il me nté, et le degré déjà avancé de la lésion ne permet pas de u'elle ne dût remonter au moins à quelques jours aupara-n'est même pas impossible que l'affection ait débuté pendant tra-utérine. Je ne suis pas, il est vrai, autorisé à admettre la e cette origine; mais rien ne prouve, d'autre part, que l'inva-a maladie ait été postérieure à la naissance. Quoi qu'il en précocité de son apparition est un fait bien remarquable de presque toutes les observations publiées jusqu'à ce us savez, en effet, que les cas relatés par MM. Chassaignac, osselin, etc., sont tous relatifs à des adolescents ou à des en-s d'au moins douze ans. M. Marjolin, cependant, m'a dit à constaté cette affection sur des sujets très-jeunes, âgés it d'un ou deux mois, et Valleix, en 1833, a consigné dans les *de la Société anatomique* (t. IX, p. 188) une observation inté-ayant pour titre : *Décollement de plusieurs épiphyses des os c abcès sous le périoste et production osseuse remarquable chez au-né*. Mais les faits de ce genre n'en sont pas moins d'une rareté.

éralisation des lésions, telle que nous l'a présentée mon petit r'est pas moins digne d'être notée et en dehors de ce que l'on jusqu'à présent. M. Chassaignac a publié le fait d'un jeune

garçon, dont toutes les extrémités épiphysaires d'une moitié du corps étaient affectées. Mais c'est le seul exemple que je connaisse d'une telle extension du mal ; et cependant, il reste encore, sous ce rapport, fort au-dessous du précédent.

Existe-t-il quelques relations entre l'ostéite suppurée des extrémités diaphysaires, la non-cicatrisation de l'ombilic et l'ulcération gangréneuse du pli de l'aîne ? Cela est plus que vraisemblable ; mais il serait difficile de les préciser. Tout ce qu'on peut dire, c'est que ces diverses lésions reconnaissent probablement une cause commune. Quant aux couches puriformes des surfaces hépatique et pulmonaire, ainsi qu'aux plaques érythémateuses observées dans les derniers jours sur les téguments, elles me paraissent être l'indice d'une infection purulente.

Enfin, à quelle cause peut-on rapporter la paralysie ou, plus exactement, l'impuissance des quatre membres qui avait si vivement excité mon attention ? J'ai déjà dit que la moelle épinière avait été trouvée intacte. Les muscles, quoique amaigris et à fibres pâles, ne présentaient toutefois aucune altération bien marquée. Ces deux causes ne peuvent donc pas être invoquées. La douleur que provoquent les mouvements serait, au contraire, une explication suffisante, si je n'avais constaté à diverses reprises que la sensibilité générale était très-affaiblie. Aussi, serais-je disposé à admettre qu'indépendamment de cette dernière cause, les brisures multipliées des leviers ostéo-cartilagineux, au niveau de tous les foyers épiphysaires, ont concouru pour une grande part à la production de cette inertie complète des quatre membres.

La séance est levée.

Le Secrétaire : LÉON LEFORT.

SÉANCE DU 13 JANVIER 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine ; — *Le Journal de médecine et de*

*pratiques; — L'Union médicale de la Provence; — Le Mont-
dical.*

mémoire intitulé : *De la ponction du péricarde envisagée au
vue chirurgical*, par M. le docteur Baizeau, médecin principal
e, avec une lettre de candidature au titre de membre cor-
at.

COMMUNICATION.

des de l'humérus. — M. DEMARQUAY communique le fait
cueilli par son interne, M. Sevestre :

entra, le 4 juillet 1868, à la Maison de santé, dans le ser-
Demarquay, pour une affection du bras droit, qui fut prise
our une nécrose de l'humérus, mais que l'on reconnut en-
la conséquence du développement d'hydatides dans la cavité
e de cet os.

ement âgé de 53 ans, M. T... est né à Marolles-en-Brie
(Oise), et est resté dans son pays jusqu'à 22 ans, travaillant
, se nourrissant comme tous les gens de la campagne,
plus de légumes que de viande. Né de parents dont la santé
lente, il s'est également toujours bien porté. Il a eu deux
n plus jeune que lui, mort accidentellement, l'autre, son
vit encore très-bien portant.

is, M. T... entra au service militaire et fut envoyé d'abord à
e, pendant quatre ans, puis à Strasbourg, jusqu'à l'expira-
nps. Dans cette dernière résidence, il fit, dans des exercices
se, une chute sur le côté droit, chute qui le retint à l'hôpital
n mois. A part cela, aucune maladie.

ips fini, il revient dans son pays, où il continue à travailler
r le passé; et en 1856, il entre comme garde-chasse chez le

Wagram, à Boissy-Saint-Léger. Depuis lors, son existence
n grande partie dans les bois, où il a par moments un service
ide; mais, grâce à sa constitution vigoureuse, il supporte
es fatigues et continue à se porter admirablement.

rs 1862, comme il chargeait son fusil, qu'il n'avait pas dé-
çoit dans le bras droit toute la charge. Le fusil était appuyé
uisse droite, et la charge (plomb n° 5) avait pénétré dans le
sa partie moyenne et au côté interne et postérieur. Grâce à
n presque immédiate des corps étrangers, la plaie se cica-
linze jours, et au bout d'un mois, le blessé peut reprendre
x et chasser comme auparavant.

s mois après, et particulièrement pendant l'automne de 1866,

il ressentait dans le bras des douleurs vagues, sourdes et profondes. Enfin, au mois de février 1867, après quelques jours de souffrances plus vives encore, se forma un abcès, qui fut ouvert par un médecin, et dont la cicatrisation fut assez lente. Les douleurs persistaient, sans être très-vives, et le bras avait notablement perdu de sa force. Au mois d'avril, étant occupé à bêcher, M. T... ressentit dans le bras droit une douleur vive, subite et une sorte de craquement. Obligé de suspendre son travail, il rentra chez lui et fut ensuite plusieurs mois sans pouvoir se servir de son bras, qui était devenu douloureux et presque inerte, à ce point qu'il fut assez longtemps sans pouvoir manger de la main droite. Malgré cela, il continuait à chasser, en se servant du bras gauche.

Mais au commencement de cette année (1868), au mois de février, puis au mois de mars, de nouveaux abcès se formaient, les uns en avant, vers la partie moyenne du bras, les autres en arrière, et au lieu de se cicatriser, persistaient, en donnant naissance à des orifices fistuleux. Cinq abcès se formèrent ainsi.

A la fin d'avril, le malade, dont le bras était très-notablement tuméfié et très-douloureux, alla consulter M. Ricord, qui croyant une opération nécessaire, l'envoya à M. Demarquay.

Le 3 mai, le malade entra à la Maison municipale de santé, portant quatre orifices fistuleux, qui fournissaient une assez grande quantité de pus.

Sous l'influence du repos absolu et des cataplasmes, le gonflement avait considérablement diminué, et il ne restait plus que deux orifices fistuleux, lorsque le malade s'en alla du service le 12 mai.

Vers la fin de juin, un nouvel abcès se forma à la région postérieure du coude; le pus très-visqueux, peut-être mélangé de synovie, sortait surtout dans les mouvements d'extension de l'avant-bras. Ces mouvements étaient d'ailleurs très-génés. Le malade se décide alors à revenir trouver M. Demarquay, et il rentre à la Maison de santé le 4 juillet.

A cette époque, on constate, en examinant le bras malade, une tuméfaction générale, depuis le moignon du bras jusqu'au-dessous du coude. Les saillies musculaires et osseuses ont complètement disparu. En avant, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, existent deux orifices, par lesquels s'écoule du pus; l'un admettant l'extrémité du petit doigt, l'autre situé à 3 centimètres plus bas, beaucoup plus petit. Un stylet, introduit dans l'orifice supérieur, pénètre facilement, jusqu'à une profondeur de 4 à 5 centimètres, et se trouve alors arrêté par un obstacle qui donne la sensation d'un os rugueux et dénudé.

ce inférieur, on arrive aussi sur une partie que l'on peut voir un sequestre. En faisant exécuter à l'un des stylets des mouvements alternatifs en avant et en arrière, on ne communique aucunement à l'autre stylet.

Le pus fourni par ces orifices fistuleux est assez abondant et présente les caractères ordinaires, mais il a quelquefois renfermé de petits sequestres du volume d'un gros pois, et le malade a conservé de ces sequestres qu'il a conservés. Ils paraissent constituer une masse de tissu osseux très-fragile, offrant une analogie avec le tissu spongieux.

À l'abcès ouvert en dernier lieu, près du coude, il est à peu près clos. On trouve seulement un petit pertuis rouge, duquel on fait sortir par la pression une gouttelette de pus.

Les mouvements du bras sont très-peu étendus; outre la douleur, qui n'est pas très-vive, il existe une douleur dans les mouvements de l'épaule et du coude, et de plus les mouvements du coude sont très-limités, soit par le fait du gonflement péri-articulaire, soit plus probablement par suite d'un certain degré d'ankylose.

Le bras a acquis un peu de force, et que le malade n'en a plus perdu, comme autrefois, à ne pouvoir soulever une cuiller, il est très-faible.

L'état général s'est aussi heureusement modifié depuis deux mois. Au 1^{er} mai, le malade mangeait à peine, avait perdu son embonpoint et ses forces. Aujourd'hui, l'appétit est un peu revenu, et si l'on considère la constitution vigoureuse de cet homme, il semble que, par suite de la source de la suppuration tarie, il reprendra vite sa santé antérieure.

On en dira en quelques mots l'histoire de la maladie : Coup de feu à l'épaule du bras, il y a six ans. Pas d'accidents immédiats. Après, douleur, puis abcès, soupçon de fracture. Le tout par suite de fistules, donnant issue à du pus et de petits fragments d'os. Par l'exploration avec le stylet, sensation d'un os rugueux. On semble donc indiquer qu'il s'agit de sequestres invaginés, profondément adhérents en partie; mais, en tout cas, l'opération est indiquée. Il faut enlever ces sequestres. Tel est l'avis de M. Demarquay, ainsi que de M. Ricord. D'ailleurs, le malade réclame instamment l'opération. Elle est donc faite le 10 juillet.

Après la suite que l'anesthésie complète ne put être obtenue, à cause de la gêne respiratoire que déterminèrent les inhalations de chloroforme.

Dans cet état de demi-sommeil, et tout étant préparé comme pour l'ablation d'un sequestre, M. Demarquay commence par une incision réunissant les deux orifices fistuleux et intéressant tous les tissus jusqu'à l'os. Les parties molles sont, des deux côtés, disséquées et isolées de l'os, et l'on voit alors nettement les deux cloaques sur la face antérieure de l'humérus. L'index pénètre assez bien par l'orifice supérieur jusque dans le canal médullaire, sans rencontrer de sequestres. La portion d'os intermédiaire aux deux orifices est alors enlevée au moyen de la gouge et de la pince de Liston, et de plus, on prolonge en haut et en bas cette ouverture, de façon à lui donner une longueur de 8 à 10 centimètres.

Introduisant alors le doigt dans le canal médullaire, M. Demarquay constate d'abord qu'il est assez notablement élargi, mais il n'y trouve pas trace de sequestre; il retire seulement une matière pulpeuse, grisâtre, qui est qualifiée de « pus concret » et qui est mise dans une compresse mouillée, pour être examinée au microscope.

La cavité médullaire, complètement débarrassée de produits étrangers, est encore explorée, soit avec le doigt, soit avec le stylet. On remarque alors qu'elle est agrandie, en particulier dans le sens de sa longueur. Le stylet pénètre, en effet, jusqu'à 1 centimètre et demi ou 2 centimètres de la clavicule, et en bas jusqu'au voisinage de l'interligne articulaire du coude.

Dans les deux sens, mais surtout en haut, on peut lui imprimer des mouvements de latéralité assez étendus, circonstance qui dénote un agrandissement très-notable de la cavité médullaire. Vers le milieu de la face postérieure de l'humérus, existe, dans une étendue comparable à celle d'une pièce de 1 franc, un amincissement de l'os tel que la pression du doigt sur cette lamelle est perceptible à travers les parties molles du bras.

M. Demarquay, afin de débarrasser mieux encore la cavité, rugine ses parois avec divers instruments. Elle est ensuite bourrée de charpie, et la plaie extérieure pansée avec un linge glycéricé.

La journée se passe sans accidents. Le lendemain, l'état général est excellent et la plaie peu douloureuse. On renouvelle seulement le pansement extérieur.

Mais avant d'aller plus loin, voyons quels résultats a fournis l'examen des matières enlevées. Lorsqu'on déploya la compresse dans laquelle était conservée la matière pulpeuse qualifiée de pus concret, on trouva des membranes un peu molles, bien que résistantes et tenaces, translucides et opalescentes, ressemblant absolument aux membranes d'hydatides. Quelques-unes formaient la paroi de petites sphères

un liquide transparent; mais la plupart étaient vides et dé-
Au microscope, ces membranes parurent composées de plu-
riches et un peu granuleuses. On n'y trouva point d'échino-
mais seulement quelques crochets isolés. C'était plus qu'il
it pour être édifié sur la nature de ces membranes. Si ce fait
1 être reconnu plus tôt, il faut l'attribuer simplement à ce que
ranes étaient recouvertes de pus, et dans l'espace de vingti-
ures, ce pus avait été absorbé par la compresse.

nt les fragments osseux enlevés pendant l'opération. Sur deux
ix, on trouvait adhérente à la face interne ou médullaire une
e hydatique. Tous ces fragments étaient recouverts d'une
aisse de 2 à 3 millimètres et présentant à l'œil nu et au mi-
les caractères de la moelle fibreuse. Cette moelle se déta-
lement de l'os qui, au-dessous d'elle, était rugueux et inégal;
plique la sensation fournie par le stylet. Le périoste était
t épaissi. Quant à l'os lui-même, il présentait par places des
le substance osseuse de nouvelle formation.

lonc, la suppuration était entretenue, non point par un os
mais par le développement d'hydatides dans la cavité médul-
humérus. Le malade, interrogé alors à ce point de vue, répond
un des abcès qui se sont ouverts, il est sorti en même temps
de petites boules du volume d'un pois en moyenne, quel-
anches ou noires (?), et des morceaux de peau ressemblant
lle. Le médecin, qui l'avait soigné, avait lui-même vu ces
bères, et avait probablement reconnu leur nature; mais
int interrogé spécialement sur ce sujet, le malade n'en avait
é. Il était donc difficile, en raison des symptômes observés,
de la rareté des hydatides des os, d'éviter l'erreur commise.
uillet, troisième jour de l'opération, le pansement étant en-
lèvement, il s'écoule une assez grande quantité de pus fétide.
est lavée avec la solution de permanganate de potasse, et la
uplie de bourdonnets de charpie introduits jusqu'au sommet.
ment doit être renouvelé tous les matins, et le soir, on change
pièces extérieures du pansement. Le malade est mis au
degré d'aliments et est autorisé à se lever quelques ins-

, il y a un peu de chaleur de la peau et d'accélération du

L'avant-bras est le siège d'un gonflement assez notable à sa
érieure. Douleurs un peu plus vives et fièvre. Cataplasmes
de.

Le 15. Il s'est formé, au-dessus du coude, deux orifices qui donnent issue à du pus et paraissent communiquer avec la cavité médullaire.

Le 16. L'appétit est revenu, la fièvre a notablement diminué. La suppuration est très-abondante.

Les jours suivants, l'amélioration continue.

Le 25 juillet. La suppuration est beaucoup moins abondante, et la cavité, toujours aussi large par en haut, diminue notablement à sa partie inférieure. Les orifices fistuleux du coude sont presque entièrement fermés. Le malade est, d'ailleurs très-bien, mange 4 degrés et reste levé la plus grande partie de la journée.

Le 25, au soir, à la suite d'une promenade à pied (6 kilomètres aller et retour), fièvre, un peu de malaise, envie de vomir.

Le 28. Érysipèle déclaré, s'étendant, les jours suivants, jusque dans le dos. Huit jours après, il a disparu complètement.

Dès lors, l'amélioration, un moment suspendue, continue, et le 30 août, la cavité médullaire est complètement oblitérée par sa partie inférieure. En haut, elle se rétrécit peu à peu, mais surtout au voisinage de l'ouverture, tandis que la partie profonde reste presque aussi large. A cette même époque, se forme en arrière, vers la partie supérieure, un petit abcès, qui est vite guéri.

Le 28 août. Le malade part, conservant un trajet fistuleux dans l'humérus, trajet trop étroit pour admettre le doigt à l'orifice, mais encore très-profond. A part cela, l'état local est excellent, ainsi que l'état général. Le coude a considérablement diminué de volume, et bien qu'il soit encore tuméfié, on peut assez facilement apprécier les saillies osseuses.

Les mouvements sont en grande partie revenus et l'avant-bras a un certain degré de force.

Le 11 septembre. La cavité a encore diminué de capacité, et le bras est à peu près complètement revenu à son état normal.

Deux fois déjà, ajoute M. Demarquay, il m'est arrivé de commettre des erreurs semblables; une fois, je crus à un abcès froid et je rencontrais des hydatides; dans le second cas, il s'agissait d'une tumeur de même nature que j'avais cru être un lipôme du bras.

Phlegmon diffus du bras consécutif à une saignée pratiquée sur un albuminurique. — M. VERNEUIL. Le développement d'accidents graves à la suite de blessures insignifiantes et d'opérations légères, la saignée en particulier, a été observé bien des fois, mais n'a pas toujours reçu d'interprétation satisfaisante.

Pour la phlébotomie, on a accusé la lancette d'avoir inoculé une

septique, et l'on s'est contenté d'ordinaire de cette explication laquelle proteste naturellement le propriétaire de l'instrument. On admet cette cause, mais il est clair qu'elle ne peut être que dans des cas exceptionnels, et qu'il faut chercher ailleurs, dans l'état général du sujet et dans le milieu qu'il occupe, la raison plus acceptable de l'invasion des accidents.

Le diabète a commencé à ouvrir les yeux sur cette influence. Il est aujourd'hui démontré que chez les glycosuriques la gratture peut amener des inflammations phlegmoneuses et des abcès de mauvaise nature, qui, en dépit du traitement le plus énergique, se terminent fatalement en quelques jours ou en quelques semaines au plus.

L'altération du sang par la glycose n'est point seule capable d'expliquer ces morts inattendues.

Le diabète est tout aussi redoutable. J'ai vu plusieurs fois de pesants membres inférieurs amener, chez des sujets très-vidés d'angioleucites que rien ne pouvait entraver et qui se terminent rapidement avec tous les symptômes du *delirium tremens* avec.

La relation qui existe entre la glycosurie et l'albuminurie pouvait faire croire que cette dernière affection influencerait tout aussi défavorablement la marche des lésions traumatiques et prédisposerait également d'inflammations diffuses de mauvaise nature.

M. Gubler, dans l'article *Albuminurie* du *Dictionnaire en médecine* (p. 502), note explicitement cette propension funeste. On voit que l'altération des eschares tantôt spontanées, tantôt succédant à la corchure, à une légère brûlure, aux piqûres, aux scarifications, à une pratique contre l'œdème.

Suivant, observé avec attention, montre que, comme chez les autres, la saignée peut occasionner, en cas d'albuminurie, un œdème des plus graves.

Un homme, belge, carrier, de bonne constitution, entré à Lariboisière le 15 décembre 1868, salle Saint-Augustin. n° 8 (1).

Un homme, dont l'intelligence est fort obtuse, fournit les renseignements suivants. Il a toujours joui d'une bonne santé, mais sa propension à se refroidir alors que son corps est en sueur. Il dit qu'il ne boit jamais d'eau-de-vie et consomme à peine, avec un litre de vin par jour.

Détails de cette observation ont été recueillis par M. Morel d'Arstagny, stagiaire du service.

En novembre 1868, il s'est foulé le poignet et a gardé le repos pendant quelques jours. Vers la fin du mois et sans cause connue, il éprouve du malaise et constate que sa face et tout son corps présentent un léger gonflement.

Une sage-femme lui promet de le guérir et lui pratique une saignée du bras, probablement le 1^{er} décembre. V... rentre chez lui et ressent dès le lendemain, dans le bras, des douleurs vives accompagnées d'une tuméfaction considérable; un phlegmon diffus se déclare et suit sa marche sans autre secours que des applications de cataplasmes.

Un médecin, appelé alors que le membre est parsemé d'eschares, se contente de pratiquer des injections. Il attribue l'accident à l'impureté de la lancette et l'affirme dans un certificat que nous avons eu sous les yeux.

Voici ce que nous constatons lors de l'entrée du malade :

Vaste phlegmon diffus du bras gauche envahissant le bras jusqu'à l'insertion du deltoïde et la moitié supérieure de l'avant-bras. Il est resté confiné dans la couche sous-cutanée. Huit ouvertures, dont plusieurs offrent de 4 à 5 centimètres d'étendue, livrent passage à des flots de pus et à des lambeaux de tissu cellulaire mortifié. La peau est largement décollée dans les intervalles.

L'état général est mauvais. Face pâle, lèvres décolorées, expression d'hébétéude. Pouls petit, fréquent, peau chaude sans sécheresse, un peu de constipation, ventre souple; cependant la langue est humide et le malade réclame avec des larmes de la nourriture dont on l'a privé depuis plusieurs jours. On prescrit un purgatif, l'excision des débris sphacelés et des injections chlorurées.

Le lendemain on examine les urines qui sont d'un brun sale et renferment manifestement une certaine proportion de sang. Elles contiennent une forte proportion d'albumine. Le précipité obtenu s'accumule au fond du tube et en remplit environ le quart. C'est alors que l'on recueille les antécédents qui prouvent l'existence d'une albuminurie antérieure à la saignée. On ne trouve de glycose ni alors ni dans les examens suivants.

On prescrit des bains de bras d'une heure deux fois par jour, des badigeonnages iodés aux limites du phlegmon, des cataplasmes émollients. Repos au lit. Alimentation substantielle que le malade affamé réclame toujours avec ardeur.

Le 23, les urines ont toujours conservé la même coloration, l'albumine a cependant diminué.

Le 24, poussée érythémateuse couvrant tout le bras avec douleurs. Malaise et fièvre. Point de bourrelet périphérique comme dans l'éry-

te livide de la peau envahie. Même teinte des bourgeons
suppuration diminuée et de mauvaise nature. Purgatif.
reprises différentes, ces poussées érythémateuses se repro-
chaque fois l'urine devient simultanément plus sombre et
ée d'albumine.

es, que l'alimentation avait paru rétablir, baissent sensible-
angue se sèche, l'appétit disparaît. Soif vive. Nausées soir
Frissons erratiques. OEdème des pieds et des jambes. Un
fissure de la face. Ballonnement du ventre; peut-être un
e. Mauvais aspect du bras gauche, nulle tendance à la cic-
algré les pansements les plus minutieux. Le cœur, le foie
inés avec soin et nous ne trouvons rien. La palpation dans
rénale est à peine douloureuse. Pour combattre la congestion
'albuminurie, on prescrit, le 20 décembre, le tannin à la
gramme et 125 grammes de vin de quinquina.

édication modifia de la manière la plus prompte et la plus
l'état local et aussi les urines, car depuis longtemps, tout
tant encore beaucoup d'albumine, elles ont repris une lim-
aite.

, disparition complète du gonflement, de la rougeur et des
Les poussées érythémateuses ont cessé. La suppuration
ue tarie, et la peau s'est recollée en quelques jours. Les
is de petite dimension se sont rapidement comblées, puis
. Il ne reste que trois plaies d'ailleurs fort réduites et recou-
ourgeons charnus d'assez bon aspect qui fournissent à peine
grammes de pus.

gement dans l'état local a été des plus surprenants, et au-
les vestiges du phlegmon diffus sont presque insignifiants.
eusement, la maladie générale n'a pas suivi une marche
rable : l'œdème s'est généralisé. Il existe actuellement une
mineuse; les fonctions digestives sont languissantes et il a
saire de supprimer le tannin après huit jours. 25 janvier.
ministre en ce moment un peu de quinquina; les frictions
toutela surface du corps, matin et soir; les bains de vapeur
aux jours.

ide est triste et abattu. Souvent somnolent, toujours indiffé-
accuse aucune douleur et soupire seulement après le retour
ces et de son appétit. Tout porte à croire que l'état cachec-
s lequel il se trouve se terminera prochainement par la

rais commenter longuement cette observation, si je voulais

discuter complètement les rapports qui existent entre les lésions traumatiques et l'albuminurie, à savoir l'influence que celle-ci, existant antérieurement, exerce sur la marche de la réparation organique et sur les accidents qui traversent le cours de la cicatrisation, et réciproquement la part que prennent les blessures et les opérations à la production de l'albuminurie. Mais ce débat serait prématuré en raison du trop petit nombre de faits bien observés que nous possédons. J'ai vu, pour ma part, quelques cas où la coïncidence a été évidente, mais j'ai, à mon grand regret, négligé d'en prendre la relation complète.

J'ai pratiqué la résection de l'épaule, presque *in extremis*, à un vieillard épuisé par la suppuration et qui était en même temps albuminurique. Il a succombé promptement.

J'ai fait la résection sous-périostée de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil sur un jeune homme qui, pendant le cours de la cicatrisation, a été pris d'albuminurie aiguë, que quelques grammes de tannin ont facilement dissipée.

Deux fois dans le cours de maladies graves des voies urinaires, j'ai vu se développer des albuminuries également passagères; l'une, cependant, a duré trois mois.

Dans un cas, il s'agissait d'une rétention d'urine chez un vieillard à grosse prostate. On avait fait dans le canal plusieurs fausses routes.

Dans l'autre, un calcul avait amené des désordres locaux et des symptômes généraux des plus graves. La taille médiane avec lithotritie périnéale amena la guérison; mais pendant la convalescence, l'urine se chargea d'albumine pendant trois ou quatre semaines.

La relation entre les opérations et la néphrite albumineuse a été déjà, du reste, signalée par Rosenstein (Jaccoud, *Clinique médicale*, p. 647), et Billroth avance que l'albuminurie se développe dans les suppurations osseuses de longue durée (Traduction française, 528, 545).

La question est donc posée, et il est à espérer qu'elle sera prochainement résolue, car elle intéresse à un haut degré le pronostic et les indications thérapeutiques et opératoires.

Dès à présent, on peut, sans se compromettre, affirmer que la présence de l'albuminurie dans l'urine assombrit singulièrement le pronostic des lésions traumatiques et des opérations chirurgicales; que, par conséquent, elle doit imposer au praticien une grande réserve dans l'emploi de l'instrument tranchant. De la réserve à l'abstention complète, il y a loin, et je ne vais pas jusqu'à dire qu'il faut rejeter toute opération en pareil cas. L'urgence en certains cas fait taire tous les scrupules. C'est ainsi que, l'été dernier, j'ai pratiqué une trachéotomie

enfant de dix ans, en état d'anasarque albuminurique, consécutive à une scarlatine grave. Contre mes prévisions, l'opération a réussi à dire même que la plaie a suivi ses phases d'une manière tout à fait normale; ce qui prouve, une fois de plus, qu'en pratique il y a une règle absolue.

MARQUAY. Il est fréquent de voir des phlegmons diffus succéder à des mouchetures faites chez des malades ayant de l'œdème albumineux.

J'ai vu, il y a huit jours, un malade succomber à un phlegmon, survenu dans ces circonstances. Il faut donc s'abstenir de faire des piqûres ou des mouchetures aux malades ayant un œdème des membres, survenu sous l'influence d'une diathèse.

ARNEUIL. Dans le cas de M. Demarquay, il y avait prédisposition à l'inflammation diffuse, puisque les tissus étaient malades ou atteints par l'œdème; chez mon malade, il n'y avait qu'une influence locale, puisque la saignée avait été faite dans une région où la peau était saine.

ÉLECTIONS.

La Société procède à l'élection de six membres correspondants nationaux :

Nommés :

Boissier, Dumesnil, Gayet, Dauvé, Thomas et Lannelongue.

Nommés membres correspondants étrangers de la Société :

Brodhurst (de Londres), Krassowski (de Saint-Petersbourg), Kohn (de Berlin) et Gauthier (de Genève).

L'ordre du jour est levé.

Le Secrétaire: LÉON LEFORT.

11

SÉANCE DU 20 JANVIER 1869

Présidence de M. LEGUEST

Séance annuelle.

Exécution de M. le président;

Rapport rendu des travaux de l'année 1868, par M. Léon Labbé, secrétaire annuel;

3^e Éloge de Velpeau, par M. Trélat, secrétaire général. (Cet éloge sera inséré dans les mémoires de la Société).

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, D^r LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 27 JANVIER 1869

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. VERNEUIL, en prenant place au fauteuil de la présidence, adresse à ses collègues une allocution, dans laquelle il les remercie de l'honneur qu'ils lui ont fait en lui confiant la mission de diriger les travaux de la Société.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — La *Revue médicale de Toulouse*.
— *Essai sur les décollements de l'épiphyse inférieure du radius*, par le docteur E. Parent, médecin-major.

— De *l'uréthrotomie externe dans les rétrécissements urétraux graves ou compliqués*. — *Contribution à l'histoire de la résection totale du poignet*, par Eug. Bœckel, membre correspondant.

— *Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques ou de l'angine phlegmo-neuse*, par le docteur Gauthier (de Genève), membre correspondant.

— *Traité des opérations des voies urinaires*, par le docteur Reliquet. Première partie. In-8°, 1869.

— M. le docteur Léon Bezard adresse pour le prix Duval deux exemplaires de sa thèse intitulée : *Recherches sur l'emphysème traumatique*.

— MM. Dumesnil, Dauvé, Brodhurst et Bardeleben écrivent à la Société pour la remercier de leur récente élection.

DAUVÉ, membre correspondant, envoie de Constantiné l'observation suivante :

Fractures par écrasement des deux os de l'avant-bras. Fracture exposée du tiers supérieur du cubitus. Réduction impossible des appareils ordinaires. Suture osseuse métallique. Guérison.

— Le nommé C....., civil européen, âgé de 51 ans, entre à l'hôpital le 6 juin 1868 pour une plaie contuse de l'avant-bras droit. Le malade est charretier. Huit jours auparavant, la roue de sa voiture chargée de 2,000 kilog. lui a broyé l'avant-bras droit. Depuis ce jour, il se fait soigner chez lui au moyen d'applications de compresses trempées dans de l'eau blanche.

Dès le jour de son entrée, le malade a peu de fièvre. Le thermomètre, placé sous l'aisselle, indique 38°,5. Le pouls est à 85. On ne constate aucun symptôme soit de septicémie, soit de pyohémie. Il n'y a ni fièvre traumatique dans la période phlegmoneuse.

L'avant-bras est raccourci, comme tassé sur lui-même dans sa longueur.

Une vaste plaie à surface mamelonnée occupe les deux tiers antérieurs de la région dorsale de l'avant-bras. Cette plaie a succédé à l'écoulement d'une escharre. Sa surface est formée de fibres musculaires dénudées et de lambeaux légers aponévrotiques. Une fente profonde occupe le milieu de la plaie, et permet d'arriver à la fracture du tiers supérieur du cubitus. L'avant-bras, le coude et la main sont raccourcis. Une fluctuation profonde est perçue en plusieurs points de l'avant-bras, mais il n'y a pas d'arthrite. On constate deux fractures : une du radius ; une supérieure, à trois centimètres de l'apophyse coracoïdienne. Ces deux fractures ne communiquent pas avec la plaie. Le tiers supérieur du cubitus, déplacé en arrière et en dehors, fait saillie considérable au milieu de l'ulcération, et n'est séparé de la peau que par une mince couche de tissu musculaire déjà sphacilé. Au dire du blessé, ce fragment sortait par la fente médiane le jour de l'accident. Cette pointe rentra dans les premières manœuvres de réduction, et s'engagea dans l'épaisseur des muscles extenseurs. On le tira en arrière par le triceps, le fragment supérieur fut maintenu par le radius fracturé, et entraîné avec lui le tiers radial médian. Je fis de vains efforts pour réduire ce déplacement, et rendre au membre sa longueur. L'état phlegmoneux de l'avant-bras et l'étendue de la plaie dorsale s'opposaient à l'application de toute espèce de bandage. Je n'obtenais de coaptation à peu acceptable qu'en mettant l'avant-bras dans une position verticale dans une gouttière à châssis, et en pratiquant sur le poignet une ex-

tension continue. Le lendemain, la main était énormément gonflée, et des escharres s'étaient formées autour du poignet au niveau des lacs d'extension. Le pouls était à 90, le thermomètre à 39 degrés. Je dus renoncer à cet appareil, et, devant l'état phlegmoneux du membre (je dirai presque l'œdème purulent de Pirogoff), je ne vis plus de ressources que dans une amputation immédiate. Tel fut l'avis de notre médecin divisionnaire, M. le docteur Vital. Le malade nous opposa un énergique refus.

Ayant constaté une fluctuation profonde au niveau de la fracture du cubitus, et superficielle à la face antérieure de l'avant-bras, je résolus de donner une large voie au pus, et de juger *de visu* de l'état des fragments déplacés. Après avoir endormi mon malade, je fis deux longues incisions à la région antérieure; j'obtins une énorme quantité de pus, venant surtout de la région du poignet. Me guidant ensuite sur la saillie du cubitus et profitant de l'ancienne plaie de sortie, je fis une incision dorsale qui me permit d'arriver sur les deux fragments du cubitus, que je dégageai des fibres musculaires dans lesquelles ils étaient enfoncés.

Un flot de pus s'écoula des parties profondes.

J'essayai vainement, au moyen d'appareils divers, de maintenir la coaptation des deux fragments du cubitus. L'idée me vint alors de tenter la suture osseuse au moyen de fils d'argent. Les deux fractures du radius ayant produit un raccourcissement dans le diamètre longitudinal de cet os, le cubitus me parut trop long, et je dus réséquer avec la scie à phalanges les pointes des deux fragments. Au moyen d'un perforateur à mèche très-fine, mis en mouvement par une vis sans fin, je fis deux trous aux extrémités osseuses, trous dans lesquels je passai du fil d'argent double, qui, par la torsion, rapprocha et maintint les deux fragments. Les bords de la plaie se fermèrent d'eux-mêmes, et les fils d'argent servirent de voie à la suppuration. La plaie fut lavée à l'alcool. Trois tubes à drainage furent placés dans les plaies. Un linge enduit de styrax, quelques gâteaux de charpie imbibée d'eau phéniquée, une légère couche de ouate soutenue par deux valves en toile métallique fine, une large gouttière bien matalassée de ouate, enfin quelques lacs fixant le membre dans la gouttière, tel fut le pansement, tel fut l'appareil employé jusqu'à la guérison.

Pendant huit jours l'état général resta le même. Le thermomètre ne dépassa pas 39 degrés. Il n'y eut ni lymphangite, ni frissons. Des injections phéniquées faites par les tubes à drainage lavaient les plaies deux fois par jour.

tième jour, après la ligature, les fils se rompirent, le déplacement se reproduisit, et il fallut remplacer cette ligature par un fil 3.

Les premiers jours du mois d'août, la plaie dorsale avait diminué, et une large surface bourgeonnante entourait les fils. Le membre me paraissant assez solide, je crus devoir enfilers, en leur faisant faire quelques tours de torsion. Le déplacement ne se reproduisit plus, et je dus croire à une guérison pro-

voquée, de nouveaux abcès survinrent à la région antérieure et du bras. Une dysentérie aiguë vint encore aggraver l'état général du blessé, et ce dernier me supplia de l'amputer.

Cette fois m'opposer à ses désirs. Notre hôpital était encombré, les cours étaient pleines de malades sous la tente. Le service chirurgical comptait deux cent vingt malades; la salle de cent lits où se trouvait ce blessé contenait quelques opérés atteints de fièvres typhoïdes et de pourriture d'hôpital. Je n'osais plus donner un avis contraire. Je me contentai d'ouvrir les points phlegmoneux et de fixer l'avant-bras par deux longs tubes à drainage, à travers lesquels on fit deux fois par jour des injections phéniquées. Après six jours de traitement, mon malade guérit de sa dysentérie et de son abcès. Dès le 25 septembre, tout se réduisit à trois fistules qui guérirent du pus pendant plus de deux mois. Le 1^{er} décembre, l'opération fut terminée. Dès le mois d'août, on imprima des mouvements actifs aux articulations du coude et du poignet, et nous n'eûmes rien à craindre d'ankylose. Les lésions musculaires multiples et persistant de la main avaient amené une paresse notable des mouvements des doigts.

Après les douches sulfureuses et au massage, ces raideurs articulaires diminuèrent sensiblement, et le malade put sortir le 13 décembre de l'hôpital.

Aujourd'hui, 5 janvier 1869, l'état général est excellent, et le blessé commence à se servir de son bras.

DEMARQUAY remet à la Société, de la part de M. Baillot (de Valenciennes), l'observation suivante :

Section d'une portion de l'humérus. Dégagement spontané du fragment resté invaginé. — H... (Alphonse, âgé de 15 ans, sabotier), d'une constitution et d'une bonne santé habituelle, ne se rappelle avoir jamais été malade avant le 18 décembre 1862, où, étant avec des camarades, il reçut des coups de talon sur différentes parties du bras. — TOME X.

parties du corps et notamment sur le bras et l'épaule du côté gauche. Ses nombreuses meurtrissures, le gonflement énorme dont son bras devint le siège, et l'impossibilité où il s'est presque aussitôt trouvé de le mouvoir sans y ressentir de très-vives douleurs, l'obligèrent à se mettre au lit et à le garder pendant six mois au moins. Plusieurs abcès ne tardèrent pas à apparaître, tant au bras qu'à l'avant-bras, et donnèrent lieu à une suppuration plus ou moins abondante, suivant les moments, et qui ensuite n'a jamais tari un seul instant.

La douleur et la tuméfaction du bras ayant considérablement diminué, à partir des premiers jours de juillet 1863, ses mouvements sont devenus plus libres. On envoya alors l'enfant à l'école, et on s'est borné, pour tout traitement, à panser avec du linge sec les trajets fistuleux qui avaient succédé aux abcès de son bras et de deux desquels il a été extrait dans la suite, à des époques différentes, plusieurs petites esquilles.

A son entrée à l'hôpital, le 15 décembre 1867, six trajets fistuleux existent à la partie supérieure et antérieure du bras-gauche : cinq en avant, et un un peu en dedans.

En comprimant le bras dans son tiers supérieur, on sentait, au lieu et place de l'humérus, un corps dur, volumineux, le double au moins en grosseur de cet os.

Pendant plusieurs mois, on fit inutilement plusieurs tentatives pour extraire le sequestre, et ce ne fut que le 20 juin qu'on constata qu'il était devenu mobile. Une nouvelle tentative d'extraction fut faite.

Après avoir réuni par une incision les deux trajets fistuleux les plus élevés, et avoir prolongé cette incision de près d'un centimètre en haut, en la rapprochant de l'acromion, j'ai pu extraire, sans trop de difficulté, ce sequestre, ayant près de 9 centimètres de long, 5 de circonférence, et comprenant dans une étendue de 6 centimètres une portion complète de l'humérus avec son canal médullaire.

L'opération était à peine terminée que ce jeune homme faisait avec son bras les mêmes mouvements qu'auparavant, et cela sans éprouver la moindre gêne ni la plus faible douleur. Il s'est ensuite levé presque aussitôt après, malgré la défense qui lui en avait été faite, et ne s'est astreint à porter une écharpe que pendant trois jours seulement.

Un mois plus tard, les deux bras donnaient exactement les mêmes mesures qu'au moment de l'opération, et les mouvements du bras malade étaient à peu près semblables à ceux du bras sain, à l'exception toutefois du mouvement d'élévation qui laissait encore un peu à désirer.

M. le docteur ABEILLE, médecin à Paris, à propos d'une récente

cation de M. Verneuil, envoie à la Société une lettre dans laquelle il réclame la priorité de l'emploi du tube de caoutchouc souple pour la thoracentèse, pratiquée dans la pleurésie pulmonaire comme moyen d'empêcher l'introduction de l'air. Un appareil décrit à l'Académie de médecine est joint à sa réclamation.

NEUIL admet comme fondé dans son principe général la légitimité de cette réclamation, qui sera déposée aux archives.

DON adresse à la Société deux pinces à pansement, dont il a fait la face interne des mors, afin de faciliter le nettoyage de l'in-

COMMUNICATION.

Cas. — Compression digitale. — M. LEGUEST. Un homme de 52 ans entra dans mon service, portant un anévrysme de l'artère poplitée droite; la tumeur était limitée au bas par le ligament artériel et elle était placée en haut dans la moitié supérieure du losange poplité. Je crus qu'il y avait lieu d'employer la compression digitale et j'eus recours à la compression intermittente par jour. Au bout de huit jours, la tumeur n'avait subi aucun changement; cinq ou six jours après, sans que rien de spécial eût été fait, la tumeur se mit à durcir, mais il y avait sur les battements d'expansion; trois ou quatre jours plus tard, la tumeur se mit à diminuer et l'on n'y trouvait plus de battements. Pen-
sant que nous crûmes à une guérison, quoiqu'on trouvât encore le souffle et des battements obscurs. Je tentai la compression avec un appareil; elle ne put être tolérée. Je revins à la compression digitale pendant deux heures; quatre ou cinq jours après, nouvelle diminution de la tumeur et des battements; mais là s'arrêta le succès. Aujourd'hui, après deux mois écoulés, on retrouve encore des battements sur la périphérie de la tumeur.

Je propose d'essayer la compression totale pendant douze heures de suite, en surveillant moi-même l'exécution de la thérapeutique. Quant à la flexion, qui passe pour donner de bons résultats, je ne crois pas devoir y revenir de nouveau; je n'ai pu l'obtenir chez ce malade, mais elle occasionnait de telles douleurs que la flexion ne put être supportée. Ce qui me paraît rendre cette obtention intéressante au point de vue de la pratique, c'est cet espoir déçu et toujours déçu d'une guérison complète, et surtout l'instance que la diminution de la tumeur n'avait lieu que deux ou trois jours après, que l'on avait procédé à des tentatives de guérison par la compression digitale.

M. CHASSAIGNAC demande si la compression arrêta les battements de la pédieuse et si il n'y aurait pas utilité à aider l'action des aides, et à diminuer la fatigue qu'ils éprouvent en appliquant sur les doigts appuyés sur l'artère un sachet rempli de plombs de chasse.

M. LEGUEST a essayé un moyen analogue; il avait appliqué sur l'artère la pelotte d'un appareil compresseur, et les aides glissaient leurs doigts sur cette pelotte, qui venait faire l'office du sac de plombs, conseillé par M. Chassaignac; mais, loin de trouver cet adjuvant utile, M. Legouest l'a trouvé nuisible, car la pression engourdisait les doigts des aides et nuisait à la netteté des sensations tactiles.

Quant aux battements des artères périphériques, on ne les constatait ni dans la pédieuse, ni dans la tibiale.

M. VERNEUIL, dans un cas difficile d'anévrysme poplité, a obtenu la guérison par la flexion; mais comme ce moyen était douloureux dans son application, il ne fit faire que des séances de vingt-cinq minutes.

Une commission de cinq membres, désignée par le sort, est chargée de vérifier les comptes du trésorier. Cette commission se compose de MM. Labbé, Tillaux, Guyon, Guéniot et Perrin.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. HORTELOUP. J'ai l'honneur de vous présenter un homme entré à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Richard, que je remplace actuellement. Cet homme porte dans la région inguinale gauche une tumeur ayant 13 centimètres de long sur 7 de large; elle a la forme d'un ellipsoïde et siège au devant du canal inguinal.

Cet homme, qui se nomme L..., âgé de 30 ans, est camionneur en vins, donne à la tumeur une étiologie fort intéressante, mais dont malheureusement on doit beaucoup douter.

L... a toujours eu le testicule droit arrêté dans l'anneau inguinal; en effet, son scrotum droit est vide; lorsqu'il y a trois mois, en serrant le câble de son camion, il y aurait eu un déroulement trop rapide et le treuil serait venu frapper son testicule droit, il aurait ressenti une douleur vive, comparable à la douleur que donne la pression du testicule. Il aurait continué son travail. Le soir, il se serait couché, et le lendemain, il aurait trouvé son côté gauche très-gonflé, déterminant assez de douleurs pour exiger le repos au lit avec l'application de cataplasmes. La douleur aurait disparu, mais il serait resté du gonflement, qui se serait accru sans interruption, pour arriver au volume que nous avons indiqué.

tumeur présente une consistance quasi-liquide, qui rappelle celle du lipome. Lorsqu'on percute, on obtient un son mat, et si on donne des petits coups secs, on voit un tremblement analogue à celui des hydrocèles sous-cutanés.

En palpant, on constate plusieurs parties différentes; en dehors, à l'épine iliaque, on reconnaît un petit corps ovalaire (une glande), mou, dont la pression développe les douleurs testiculaires et qui est bien manifestement le testicule. De l'extrémité interne de ce petit testicule, part un cordon du volume d'une plume qui n'est autre que le canal déférent, que l'on peut suivre jusqu'à l'anneau inguinal, qui est élargi et dans lequel on peut sentir l'existence de hernie.

Entre le testicule et l'anneau inguinal, au-dessus du canal déférent, on trouve alors une masse pâteuse, qui forme la saillie que l'on distingue dans la région inguinale. Cette masse pâteuse est composée principalement d'une partie volumineuse, bosselée, dure, non douloureuse au toucher, qui donne la sensation de l'épiploon. Mais on ne trouve pas la corde épiploïque, et il est impossible de sentir dans le canal inguinal un prolongement de cette masse pâteuse.

La peau est saine, de couleur normale, et peut se laisser plisser sur la tumeur. Lorsqu'on fait lever le malade, on sent parfaitement que la tumeur est située au-dessus des muscles de l'abdomen.

Comme je l'ai dit plus haut, il y a beaucoup à douter de l'étiologie de ce malade, parce que plusieurs membres de la Société de médecine ont assuré connaître ce malade depuis plusieurs années et qu'il présentait déjà cette tumeur, peut-être un peu plus petite.

Qu'il en soit, la tumeur n'en est pas moins difficile, car elle ne ressemble pas à un testicule anormal, déplacé, soit lentement par le développement de la tumeur, soit d'une façon brusque, si on accepte le fait que le malade, et qui serait une espèce de luxation du testicule. En fait, il existe une tumeur, pour laquelle je demande l'avis de la Société de chirurgie, soit comme diagnostic, soit comme traitement.

DELLAUX. Je connais ce malade depuis sept à huit ans; il était à l'époque dans le service de M. Nélaton, qui avait regardé la tumeur comme une dilatation lymphatique.

LESPRESS croit qu'il y a là un lipome herniaire ou hernie épiploïque adhérente, n'ayant plus de communication avec l'abdomen; dans tous les cas, aucune intervention active ne saurait avoir lieu.

EMARQUAY pense qu'il s'agit d'une masse graisseuse d'origine testiculaire, dont le trajet vers l'extérieur a été modifié par suite de la hernie testiculaire. On ne sent pas l'épiploon hernié se continuer

avec celui contenu dans l'abdomen, mais on sait que dans les circonstances analogues, l'épiploon s'effile, s'efface et semble avoir disparu dans l'étendue du canal inguinal.

M. HOUEL reconnaît également le malade, qu'il a vu dans le service de M. Nélaton et à la Charité, dans celui de Velpeau; la tumeur lui paraît avoir augmenté de volume depuis trois ans; M. Nélaton la regardait comme une tumeur lymphatique, M. Velpeau comme un lipome.

M. LE FORT avait cru reconnaître le malade comme un de ses anciens infirmiers du service de la Charité, alors qu'ils suppléait M. Denonvilliers; il doute maintenant de l'identité du malade, car la tumeur aurait présenté à cette époque des caractères différents de ceux qu'elle présente actuellement.

M. TRÉLAT doute qu'on ait affaire à une tumeur lymphatique, car ces tumeurs siègent vers le pli de l'aîne et non dans la région qu'occupe celle-ci; de plus, la maladie date de neuf ans au moins et les tumeurs lymphatiques ne sont pas stationnaires; aussi croit-il qu'il s'agit d'une ectopie testiculaire, accompagnée de hernie épiploïque.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : LÉON LEFORT.

SÉANCE DU 3 FEVRIER 1869

Présidence de M. VEBNEUIL

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine; — *Le Bulletin de thérapeutique*; — *Les Archives générales de médecine*; — *La Gazette médicale de Strasbourg*; — *Le Sud médical* (de Marseille).

— M. de Closmadeuc, membre correspondant, adresse un intéressant travail ayant pour titre : *Chirurgie et barberie en Bretagne avant la Révolution*. Brochure in-8°, de 64 pages.

le docteur Péchot, professeur à l'École de médecine de
envoie : *Principes de pathologie générale*. In-18. Paris. Dela-
167.

I. Gautier (de Genève) et Gayet (de Lyon) adressent des
le remerciements pour leur récente élection au titre de
s correspondants.

GIRALDÈS dépose sur le bureau un exemplaire du *Calendar of
the college of surgeons of England*.

LEBEAU. J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société
rgie un travail de M. le docteur Krishaber : c'est un extrait
mnnaire encyclopédique. Si j'insiste sur cette présentation, c'est
même de l'importance du mémoire. En effet, M. Krishaber
faire, et le premier, je crois, un *Traité des polypes du larynx*.
s détails suffiront pour faire bien comprendre le service que
nfrère vient de rendre à la pathologie du larynx.

À Levret (1749), on ne trouve dans les auteurs que quelques
ns très-vagues sur les polypes des voies aériennes; c'est à
cette époque que des autopsies viennent démontrer l'existence
rs plus ou moins pédiculées, occupant le larynx. De loin en
rencontre une observation plus ou moins incomplète.

arriver à 1850 pour voir une première tentative d'étude gé-
e ces tumeurs. Ehrman, à l'occasion d'un fait observé par lui
2, rassembla les faits connus pour en déduire quelques consi-
s générales mais nécessairement incomplètes.

insky a fait des autopsies, 13, je crois; mais il confond avec
es des épithéliomes du larynx.

dorf (1851) a réuni 64 cas de polypes du larynx; mais lui
eu le tort de compter au nombre de ces polypes, presque la
s cas, des productions qui n'étaient autre chose que des

30, commence une nouvelle période dans l'histoire des polypes
x. Jean Czermak publie la première observation de polype,
au moyen du laryngoscope. Depuis cette époque, les obser-
e multiplient, et en 1862, Bruns pratique la première opéra-
les voies naturelles. Ce même chirurgien a publié en 1865,
1868, un grand nombre d'observations, 40, je crois. Cepen-
ins annonce que ces faits lui serviront à la publication d'un
mplet des polypes du larynx. Ce traité n'a point paru, mais
lire que le docteur Krishaber vient de le faire. Notre confrère,
a réunion de 260 observations authentiques de polypes du

larynx, a pu constituer une description didactique de cette importante maladie. Si **M. Krishaber** a, réellement et le premier, fait un traité des polypes du larynx, il reste à en apprécier la valeur, et c'est ce que je vais essayer de faire en quelques mots.

L'anatomie pathologique a été faite avec le plus grand soin dans le travail de **M. Krishaber**. L'auteur a parfaitement compris que l'anatomie pathologique pourrait seule servir de base à l'étude chirurgicale des tumeurs du larynx. C'est ainsi qu'on le voit successivement grouper autour de la lésion les symptômes, le pronostic et les indications thérapeutiques des polypes du larynx.

On peut dire, sans crainte d'être contredit, que le travail de **M. Krishaber** place l'étude des polypes du larynx à la portée de tous. Quant à ceux qui, non contents de reconnaître le mal, désireraient en entreprendre la cure définitive, ils trouveront dans la brochure que je signale à votre attention tous les détails nécessaires. L'article de **M. Krishaber** se termine, en effet, par un chapitre très-complet de chirurgie opératoire.

RAPPORT.

M. DOLBEAU fait un rapport verbal sur un travail de **M. Baizeau**, intitulé : *De l'inutilité des bandages et appareils dans le traitement des fractures de la clavicule*. Après avoir analysé rapidement les opinions émises et les faits énoncés dans ce travail, **M. Dolbeau** termine ainsi son rapport : L'idée de l'inutilité des bandages et appareils dans le traitement des fractures de la clavicule est loin d'être nouvelle et surtout d'être personnelle à **M. Baizeau**, car la pratique générale des chirurgiens des hôpitaux de Paris est de s'abstenir de tous ces moyens et de placer le bras du malade dans une écharpe, pendant tout le temps nécessaire à la consolidation.

M. CHASSAIGNAC proteste contre l'idée présentée dans le travail de **M. Baizeau**. Je soutiens, dit-il, la thèse tout à fait opposée et je prétends que s'abstenir d'appareils n'est pas la pratique des chirurgiens des hôpitaux de Paris. L'absence d'appareils amène des non-consolidations. J'ai vu dans ces conditions des pseudarthroses de la clavicule, des cals volumineux, assez volumineux même pour amener des accidents et nécessiter une intervention. Cette question est la même que celle de l'extension permanente dans les fractures de la cuisse ; on la croyait inefficace faute de savoir l'employer. Malgaigne ne croyait pas à la possibilité de réduire sans déplacements toutes les fractures de la clavicule ; il eut la complaisance de me dépêcher un jour un de ses internes, m'invitant à venir à Saint-Louis, réduire une fracture de la

; il eut la complaisance de me dépêcher un jour un des mes, m'invitant à venir à Saint-Louis, réduire une fracture vicieuse qu'il ne pouvait réduire sans difformité. J'essayai et réussis par mon procédé. Vous savez en quoi il consiste. Placé le malade, j'embrasse le coude de mes deux mains entre une passant en avant, l'autre en arrière de la poitrine; je tire ainsi en tirant en haut de toutes mes forces l'épaule malade de cette manière j'opère la réduction. Pour maintenir la réduction et empêcher les eschares du coude, je fais entourer cette partie d'un bandage dextriné; lorsqu'il est sec, je réduis par la machine que je viens d'indiquer, et je maintiens la position au moyen d'un bandage inamovible. Tout l'effort de la pression porte sur le tiers-claviculaire, ou plutôt sur la courbe du trapèze du côté et j'ai soin de garnir la partie avec un coussin. Jamais avec cette méthode je n'ai trouvé de fracture irréductible.

MARJOLIN est heureux d'avoir entendu **M. Chassaignac** défendre l'usage des appareils. Il ne faut pas en repousser l'emploi quand il y a des déplacements, car c'est le seul moyen d'empêcher les cals et souvent les non-consolidations. Une thèse de **M. Hurel** soutient, comme **MM. Baizeau** et **Dolbeau**, l'idée de l'inutilité des appareils; c'est là une exagération évidente. **M. Marjolin** a eu l'occasion de voir deux fois des pseudarthroses de la clavicule qui ont été amenées par l'absence de moyens contentifs suffisants, et qui ont été guéries par l'emploi de l'écharpe.

BLAT partage le sentiment de ses deux collègues; l'apposition d'une simple écharpe peut être suivie d'accidents autres qu'une pseudarthrose; deux fois chez des malades ainsi traités, et chez lesquels il n'y avait pas eu de consolidation, il existait sur l'endroit de l'application des tumeurs qui ressemblaient à des périostoses, et qui ont été enlevées à l'imitation du périoste avoisinant les fragments non mobiles l'un sur l'autre. Au point de vue de la pratique, et quand il devrait y avoir consolidation, il faut employer des moyens contentifs qu'une simple écharpe, pour éviter que les fragments ne produisent une crépitation qui inquiète le malade, et qui l'inquiète à bon droit, puisqu'elle témoigne de la non-union exacte des extrémités osseuses en rapport.

DR LE FORT. Je suis l'interne de **Malgaigne**, qui, en 1853, m'a demandé de venir réduire une fracture de la clavicule considérée comme irréductible, et je dois dire que **M. Chassaignac** a obtenu un succès remarquable. Depuis, j'ai employé la même méthode chez beaucoup de malades, souvent avec succès,

mais je suis d'avis que M. Chassaignac exagère les bénéfices du moyen qu'il propose, car dans plusieurs cas je n'ai pu réussir, et d'ailleurs les déplacements, qui sont très-divers, ne se font pas toujours dans le même sens et ne se réduisent pas par les mêmes moyens.

Quant à l'opinion de M. Dolbeau, elle serait des plus exagérées, si je ne soupçonnais pas qu'il y eût malentendu. M. Dolbeau, en parlant d'écharpes, doit avoir en vue des écharpes bien appliquées, capables d'assurer l'immobilité, comme celle de Mayor, et non des mouchoirs simplement passés autour du cou. Il s'agit plutôt de l'inutilité de la réduction au point de vue du rétablissement ultérieur des mouvements, que de l'inutilité de l'immobilité et de la contention exactes.

M. DEMARQUAY. Il y a des cas où l'on n'est pas libre d'appliquer ou de ne pas appliquer d'appareils, lorsque, par exemple, on a à craindre de voir un fragment très-aigu, fort saillant, venir perforer la peau. Il est évident qu'une réduction, partielle au moins, est indispensable, et la réduction effectuée ne peut être maintenue que par un bandage. Dans d'autres cas, la situation des fragments amène des douleurs parfois intolérables, qui ne peuvent céder qu'à la réduction ou tout au moins à l'immobilisation complète du bras. Il y a donc des cas où il y a nécessité d'intervenir; d'autres où l'intervention est utile, comme lorsqu'on veut, chez une jeune femme, éviter la difformité qui résulte d'une mauvaise coaptation.

M. DOLBEAU. Ce que j'ai voulu dire, ce n'est pas qu'il faut s'abstenir de traiter les fractures de la clavicule, mais qu'il y a des individus, et ils sont nombreux, qui, sans appareils spéciaux, récupèrent par la simple immobilisation les mouvements du membre. Comme mes collègues, j'ai observé des cals enflammés, des pseudarthroses, quand il n'y avait pas eu immobilisation suffisante; comme eux, je sais qu'une réduction, maintenue par les appareils, peut presque seule amener chez les malades une guérison sans difformité; mais l'écharpe ne constitue ni un bandage ni un appareil spécial; et si j'ai parlé de l'inutilité des bandages spéciaux, je n'ai pas parlé de l'inutilité de l'immobilisation.

M. PAULET. Le tort de M. Baizeau est d'avoir intitulé son travail *De l'inutilité des bandages*, car on pourrait prendre son expression trop à la lettre, et ne plus employer aucun traitement.

M. GIRALDÈS. Il faut établir une distinction entre les fractures de l'adulte et celle des enfants; chez ces derniers, il arrive parfois qu'il n'y a pas de déchirure du périoste; la fracture, bien maintenue, gué-

difformité, et il n'en serait pas de même si l'on s'appareil. Quant à la manière d'obtenir cette immobilité, on croit que l'appareil inamovible est un des plus mauvais qu'on puisse employer. Il fait corps avec la poitrine, se souss'abaisse avec les côtes, et imprime ainsi à la fracture les effets qu'on cherche précisément à éviter.

ÉTAT. Le travail de M. Baizeau est intitulé : *De l'inutilité des es et appareils dans le traitement les fractures de la clavicule.* Les explications données par le rapporteur, M. Dolbeau, il faut au contraire, l'intituler : *Nécessité d'appliquer des bandages et appareils pour assurer l'immobilité dans les fractures de la clavicule.*

NOTA. Celui qui publierait un travail intitulé : *De l'inutilité du bandage dans les accouchements*, sous le prétexte que dans la plupart des accouchements on n'a pas besoin de recourir au forceps, ferait à tort fait M. Baizeau en intitulant son travail : *De l'inutilité des bandages dans les fractures de la clavicule.*

Le bandage est parfois, souvent si l'on veut, d'une utilité convenue ; mais il est parfois, souvent même, d'une indispensable nécessité.

RENEUIL. Je n'ai que quelques mots à ajouter. Il est bon que la prochaine discussion soit venue montrer que les chirurgiens des hôpitaux de Paris repoussent les idées défendues par MM. Baizeau et Dolbeau, et traitent par des bandages et des appareils les fractures de la clavicule ; car il est dangereux de soutenir, à tort, que, dans ces affections, l'intervention de l'art est inutile, et que la guérison se fait aussi bien, et même mieux, sans traitement que par un traitement thérapeutique rationnelle, perfectionnée par l'expérience et la science.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Présentation complète du premier métatarsien gauche, avec fracture à travers la plate de l'extrémité antérieure.

— M. DEMARQUAY communique le fait suivant : Dans la nuit du 26 janvier, le nommé X..., cocher, âgé de 23 ans, est admis à la Maison de santé. A onze heures du matin, ce malade a subi une chute de cheval, et la jambe gauche avait été prise entre le sol et l'animal qui lui-même s'était renversé. Le pied malade recouvert de compresses imbibées d'eau froide, souvent renouvelées, jusqu'au lendemain. Pendant toute la nuit, les douleurs étaient vives et le malade ne peut dormir.

Le 27, à la visite du matin, on constate les lésions suivantes :

Le gros orteil occupe sa position normale par rapport aux autres orteils; pas de déviation; les mouvements spontanés de flexion et d'extension sont possibles, mais très-limités et douloureux. Il existe au bord interne du pied une plaie longitudinale de 5 centimètres, à bords très-nettement coupés qui s'arrête en avant, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne.

Entre les lèvres de la plaie, saillie de la tête du premier métatarsien. Cette extrémité osseuse regarde en haut et en dedans, et l'axe du métatarsien fait avec sa direction normale un angle d'environ 70 degrés.

Le métatarsien a subi un mouvement de rotation sur lui-même; une de ses faces latérales est devenue supérieure, et en cherchant la facette articulaire du premier avec le deuxième métatarsien on voit que c'est la face externe qui est devenue inférieure.

En arrière du gros orteil, on peut déprimer les téguments dans un espace laissé vide par la sortie de la tête du premier métatarsien. Malgré des recherches minutieuses, il est impossible de reconnaître le tubercule qui sert de point de repère pour l'amputation de Chopart. Du reste, il existe un gonflement qui rend l'examen difficile, et le malade accuse des douleurs très-intenses.

Il s'agissait de savoir si, outre les lésions apparentes, il n'en existait pas dans les parties profondes. En saisissant la portion osseuse qui faisait saillie, on imprimait à l'os tout entier des mouvements beaucoup plus étendus que ceux que permet l'articulation du premier métatarsien avec le premier cunéiforme. Il était toutefois impossible de faire subir à l'os un mouvement de rotation qui pût ramener ses faces dans leur position normale. Existait-il une luxation de l'extrémité postérieure du premier métatarsien, ou bien était-ce une fracture de l'os? Le diagnostic était difficile, et malgré l'absence de crépitation, l'idée d'une fracture n'était pas complètement repoussée. Dans tous les cas, la réduction paraissait impossible, et après quelques tentatives inutiles, M. Demarquay se décida à pratiquer l'extraction du fragment antérieur dans le cas de fracture ou de l'os entier, si on avait affaire à une luxation.

Le malade étant chloroformisé, la plaie fut agrandie, et il fut alors facile de suivre l'os avec le doigt. Pas de fracture. L'extrémité postérieure du premier métatarsien, fortement portée en dehors, était engorgée sous le deuxième. Le tendon du long péronier, qui faisait au fond de la plaie une saillie facile à sentir avec le doigt, semblait être le seul lien qui retint l'os dans sa nouvelle

1. Une fois ce tendon sectionné, il fut facile d'... le
sien.

ure de trois artères. Pansement avec de la charpie.
froides.

enlevé n'offre d'autre lésion que l'arrachement du point d'in-
de l'expansion qui lui envoie le tendon du jambier
ar.

is l'opération, l'état du malade est très-satisfaisant. Les dou-
ives les premiers jours, ont aujourd'hui beaucoup perdu de
ensité. Régime : deux portions.

suite de cette communication, M. Demarquay fait observer
luxations du premier métatarsien ne sont pas très-rares. En
ant les recueils scientifiques, on pourrait en réunir un cer-
mbre. C'est ce qui a été fait par M. Letenneur, de Nantes.

2 faits qu'il a consignés, on trouve : 1° 2 faits de luxation et
on du premier métatarsien avec guérison ; 2° 3 avec résec-
tielle et 1 d'ablation du premier métatarsien avec guérison ;
de réduction : 6 guérison et 1 mort.

IASSAIGNAC a observé une tumeur formée par le métatar-
placé ; les quatre derniers métatarsiens étaient intacts ; le
me était transversalement placé au-dessous des autres.

Sur fibro-plastique du cou. — M. GUYON communique
ation suivante : La nommée B... (Mélanie), âgée de 34 ans,
ée le 26 décembre 1867, à l'hôpital Necker, dans son service,
ide nie tout antécédent de scrofule. Habituellement bien
e, elle s'aperçut, il y a deux ans, qu'elle avait une petite
r au cou ; elle siégeait dans sa partie latérale gauche, à peu
gale distance de l'épaule et de l'oreille ; nullement doulou-
elle roulait sous la peau. Sept mois environ après, applica-
ccessives de caustiques qui dénudèrent le derme ; vési-

mois de juin dernier, la tumeur avait acquis le volume d'une
pomme ; on pratique une nouvelle cautérisation, probable-
vec la potasse caustique : elle laisse une cicatrice grande
la paume de la main. L'accroissement prit alors une marche
ap plus rapide, si bien que dès le mois de décembre, elle
ijà le même volume qu'aujourd'hui. Pendant cette période,
prouva pas plus de douleurs que par le passé, mais elle fut
à des syncopes assez fréquentes.

actuel. — La santé générale est très-satisfaisante. La tumeur

mesure 28 centimètres dans son diamètre transversal, 29 centimètres dans son diamètre vertical. Elle est irrégulièrement sphéroïdale et recouvre toute la moitié postérieure du cou.

Verticalement, elle s'étend de la racine des cheveux à l'épaule. La peau est saine, sauf dans les points cautérisés ; et à part ces points, elle est partout mobile sur la tumeur.

La tumeur n'offre ni battements, ni mouvements d'expansion ; aucun bruit à l'auscultation.

Elle est dure et élastique ; en arrière, on trouve quelques parties plus molles, mais en la déprimant, on retrouve la consistance dure de la masse morbide. En avant, quelques points sont plus durs ; du reste, la surface est égale, non lobulée.

A la surface de la tumeur rampent les veines volumineuses, et entre autres la jugulaire externe. On rencontre dans un point une artériole assez volumineuse.

La tumeur s'avance en bas jusqu'au bord postérieur du sternomastoidien, dont on la sépare facilement ; les vaisseaux carotidiens sont en avant, à deux travers de doigt. Quant aux vaisseaux sous-claviers, ils ne sont pas en cause, la tumeur étant facilement mobile de ce côté.

La tumeur offre quelques connexions profondes : elle est rattachée à l'extrémité externe de la clavicule par un pédicule du volume du pouce, de consistance fibreuse ; elle paraît adhérer d'une manière plus intime aux apophyses épineuses des cinquième, sixième et septième cervicales. Lorsqu'on cherche à faire contracter les muscles de la région, en s'opposant au mouvement de la malade, on constate que la tumeur est tout au moins recouverte par le peaucier. Les autres muscles, sauf le trapèze, ne paraissent pas la recouvrir.

M. Guyon pratique l'ablation de la tumeur le 15 janvier ; la malade est anesthésiée par le chloroforme ; deux incisions, l'une verticale, l'autre horizontale, à concavité supérieure, formant une sorte d'Y, permettent de former trois lambeaux et de découvrir facilement la tumeur ; elle s'énuclée facilement dans sa partie profonde, sauf en bas et en haut ; dans le premier point, on sectionne un pédicule, formé par un faisceau du trapèze, qui traverse la tumeur et la rattache à la clavicule ; on la renverse alors en haut, et on coupe le pédicule supérieur avec l'écraseur linéaire ; il est également formé par des fibres musculaires ou aponévrotiques.

Dans le fond de la plaie, on a mis à nu et sectionné une grande partie des fibres du trapèze et même du splénius ; en plusieurs

dans la face postérieure de la tumeur, on voit des muscles musculaires qui pénètrent dans son épaisseur et dans le tissu. Le *fascia superficialis* est intact et fait partie d'une couche musculaire assez épaisse; on voit des branches nerveuses superficielles coupées dans les angles de la plaie. On réunit la plaie par des points de suture en laissant de larges ouvertures d'échappement pour les muscles aux angles inférieurs et postérieurs.

On a eu à lier que de fines artérioles; la veine jugulaire externe a été ménagée. La plaie avait été lavée avec l'alcool pur, avant de recouvrir des lambeaux; elle est alors recouverte d'un pansement simple.

Examen de la tumeur. — La tumeur pèse 708 grammes; elle est irrégulièrement arrondie et entourée par une fine couche de membrane cellulaire et quelques fibres du peaucier.

À l'examen microscopique, on la trouve composée de faisceaux de cellules entrecroisées dans tous les sens; ces faisceaux sont formés de cellules allongées, fusiformes, contenant 1 à 2 noyaux ovales; les cellules sont très-déliées, finement granuleuses; chaque cellule contient un ou deux nucléoles brillants. Outre ces éléments cellulaires, on rencontre encore, par places, quelques faisceaux fibreux, à fibres très-fines et ondulées; un réseau fin de fibres plasmatiques; enfin des vaisseaux assez nombreux et pour lesquels, au moins, d'une tunique vasculaire.

Aspect anatomique : Sarcome fibro-plastique fasciculé, avec une organisation dans le sens du tissu fibreux.

Traitement. — Tilleul, potion cordiale, julep, éther, morphine, bouillottes, bouillon, potage.

Le 4, les lambeaux se gonflent un peu et la suppuration s'établit. Le 5, on remarque un peu de tendance à la désunion, et il s'est formé sur le lambeau antérieur une plaque érysipélateuse très-pâle. Le 6, le malade n'a pas eu de frissons, mais la fièvre a un peu augmenté. Les jours suivants, la plaque érysipélateuse s'étend en contour cou; si bien qu'elle envahit le bras gauche qui se tuméfie, le bras droit et les parties supérieures du bras droit. Pas de frissons. L'état moral de la malade est mauvais; elle se laisse aller, mange à peine et se plaint beaucoup.

Le 7, on remarque un peu de gonflement à la partie inférieure de la région thoracique gauche, au voisinage des lombes.

Le 8, en pressant sur l'omoplate, on fait refluer du pus par la plaie; il s'est fait une large fusée sous les muscles du dos; on en

pratique le drainage ; le pus est fétide. On incise une collection qui s'est formée à la région lombaire gauche, et le lendemain on draine ce foyer, qui remonte très-haut sous les muscles du dos.

Les plaies sont sèches, blafardes ; cet état est plus marqué encore le lendemain ; menaces de syncope. Mort le 30 à deux heures du matin.

L'autopsie est refusée ; il est cependant permis d'affirmer que la malade a succombé à l'érysipèle très-étendu, et au phlegmon diffus du dos survenu dans les derniers jours. Sans doute, il faut accuser encore l'infection putride, bien que matin et soir des injections alcooliques, puis des injections d'eau phéniquée, aient été régulièrement pratiquées par des tubes à drainage introduits sous les lambeaux. L'hygiène, l'alimentation, ont été l'objet de la sollicitude la plus vive ; mais depuis l'opération, la malade refusa presque complètement les aliments, et fut plongée dans le plus grand abattement.

Malgré les très-heureuses conditions de santé et la manière simple dont l'opération put être exécutée, l'état de l'opérée ne fut en somme jamais satisfaisant. Il paraît donc raisonnable de penser qu'un traumatisme aussi étendu, dans une région aussi riche en filets nerveux, en communication si facile avec les régions voisines, est fort à redouter, alors même que les complications primitives de l'opération, telles que l'hémorrhagie, l'entrée de l'air dans les veines, ont pu être évitées, et alors que, malgré un énorme volume, une tumeur du cou peut sans imprudence être opérée.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1869

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : les journaux de la semaine : *l'Art dentaire* — *le Montpellier médical* ;

Le Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, 1868, n° 10, 3^e série, tome II.

M. GIRALDÈS dépose sur le bureau le *Catalogue de l'Atlas des maladies de la peau*, publié par la nouvelle Société de Sydenham (en anglais). In-8°, Londres, 1869.

PARJOLIN offre, de la part des auteurs, le 1^{er} fascicule du 4^e de l'important *Traité de chirurgie* publié par **MM. Pitha et**

LUIS THOMAS (de Tours) remercie la Société de sa récente au titre de membre correspondant.

Fracture de la clavicule. — **M. LABBÉ.** Depuis la dernière j'ai eu l'occasion d'observer trois fractures de la clavicule. de ces malades, il y avait un déplacement considérable, et ou, par aucun moyen, modifier la position des fragments à é suffisant pour qu'on puisse dire qu'il y avait réduction ; ce la fracture était récente, non pas qu'elle se fût produite s heures auparavant, mais elle ne datait guère de plus de atre heures.

MASSAIGNAC. L'époque à laquelle on fait les tentatives de re-ient doit être notée avec soin dans les observations. Quand j'ai venir de très-bonne heure, la réduction a toujours pu être près quelques jours, on peut être moins heureux. En tirant en haut et en dehors, on rétablit l'espace compris entre les xtrémités acromiale et sternale de la clavicule ; la réduction onséquence naturelle de ce fait. D'ailleurs, tout le monde est l sur la nécessité d'immobiliser l'épaule, et le meilleur moyen pliquer un appareil qui, outre l'immobilisation, remplit l'in-de rétablir les rapports entre les extrémités osseuses dé-

Ovariectomie. — **M. F. GUYON** présente, de la part de **M.** le doc-tenneur, de Nantes, une observation d'ovariotomie suivie de L'opération a été pratiquée le 3 septembre dernier à l'hôpital ic (Loire inférieure). **M. Letenneur** voulut bien demander ncours pour cette opération, qui fut pratiquée avec l'aide de docteurs Trochon et Bocandé, médecins de l'hôpital de Por-malade a guéri, et sa santé ne laisse actuellement rien à dé-e qu'il y a surtout à noter dans ce cas, ce sont les adhérences s et très-solides du gros intestin dans sa position transversale endante gauche. Ces adhérences furent déchirées péniblement s doigts. L'écoulement de sang, qui aurait pu être abondant, essivement empêché par des pinces à pression et par des s d'attente. Il fallut cependant laisser trois ligatures de soie i, coupées au ras, furent abandonnées dans le péritoine. La gauche, fusionnée avec la tumeur par son pavillon, dut être e série. — **TOME X.**

excoriée et liée avec un fil d'argent qui fut maintenu hors de la plaie avec le pédicule. Le péritoine, très-épais, 1 demi-centimètre au moins, ne fut pas compris dans la suture. L'observation a été publiée dans tous ses détails dans le *Journal de médecine de l'Ouest*.

DISCUSSION

Sur les tumeurs fibreuses pendant la grossesse.

M. ELOT. Avant de rentrer dans cette discussion, suspendue depuis environ six mois, permettez-moi de vous rappeler qu'à l'exemple de notre honorable collègue M. Depaul, je n'entends m'occuper que des tumeurs fibreuses qui ont pour siège l'épaisseur de la paroi utérine, et surtout de celles qui, se rapprochant de la surface péritonéale de l'organe gestateur, s'en détachent quelquefois pour former des espèces d'appendices qui lui restent attachés par des pédicules variables en longueur et en largeur.

Dans toutes les questions du genre de celle qui nous occupe en ce moment, le point essentiel est de colliger un grand nombre de faits rigoureusement observés pour en tirer ensuite les conclusions pratiques qui peuvent en découler naturellement. Je me contenterai donc aujourd'hui de vous exposer l'analyse abrégée de trois faits qu'il m'a été donné de recueillir.

Le premier remonte à 1856, à l'époque où j'étais chef de clinique de M. le professeur P. Dubois. Cette observation, avec un dessin représentant l'état des organes du bassin, a été publiée dans la thèse de concours pour l'agrégation de M. Tarnier, à qui je l'ai communiquée; elle est relative à une femme d'Argenteuil, Angélique B..., âgée de 38 ans, primipare, qui fut prise, 30 novembre 1856, au terme de sa grossesse, des douleurs de l'enfantement. Une sage-femme, appelée auprès d'elle, attend patiemment la terminaison de l'accouchement. La dilatation étant complète et la rupture des membranes s'étant opérée spontanément, la sage-femme cherche à constater la présentation et ne peut y parvenir, à cause de l'élévation de la partie fœtale. Un peu plus tard, la main du fœtus apparaît à la vulve. Un médecin est appelé, qui tente inutilement la version. Un second médecin n'est pas plus heureux. Alors on se décide à faire transporter la malade à Paris. Elle entre à l'hôpital des Cliniques le 1^{er} décembre, à 9 heures du soir. M. Paul Dubois, appelé immédiatement, la trouve dans un état général fort grave. L'enfant est mort. Le cordon et la main font procidence à la vulve. En ce moment, le ventre est uniformément tendu, et on ne peut reconnaître

palper abdominal une tumeur distincte du globe utérin. Le fait constater une étroitesse considérable du détroit supérieur, il est d'ailleurs difficile de bien explorer à cause de son union par l'épaule fœtale. La patiente ayant été plongée dans un bain anesthésique, M. P. Dubois et moi faisons sans succès des tentatives de version. Le lendemain, après un bain et une saignée, nouvelles tentatives sans plus de résultat. Alors, à la prière de M. Dubois, M. Depaul, qui assistait à la visite, réussit à amener le fœtus hors de la vulve. En tirant sur ce pied, on parvient, avec de grandes difficultés, à extraire le reste du fœtus, dont la tête présente un aplatissement considérable. Au moment où la tête franchit le détroit supérieur, je remarque un ressaut très-marqué comme si une partie rétrécie du bassin vient d'être traversée.

Le général de la malade ne fit que s'aggraver de plus en plus, et succomba le surlendemain.

ce que démontra l'autopsie :

Le col volumineux, parfaitement rétracté, offre, à la partie supérieure droite de la paroi antérieure, une tumeur fibreuse arrondie comme d'une bille de billard, renfermée dans l'épaisseur du col, qui est parfaitement sain.

Le corps fibreux, gros comme une aveline, occupe la partie supérieure et de la hauteur de cette même paroi.

Sur les trois ou quatre points de la surface péritonéale on remarque plusieurs autres petites tumeurs fibreuses de volume variable, depuis un pois à cautère jusqu'à celui d'une noix.

Enfin, de la partie moyenne de la face postérieure du corps de la tumeur part une grosse tumeur pédiculée du volume d'une tête de fœtus à terme. Cette tumeur remplit complètement le cul-de-sac utéro-rectal et s'élève au-dessus du détroit supérieur jusque vers le fond de l'utérus. Cette tumeur tient à la face postérieure de l'utérus par un pédicule volumineux de 5 à 6 centimètres de diamètre. Elle ne se renverse dans le cul-de-sac utéro-rectal, au fond duquel elle se trouve par des tractus fibro-celluleux très-solides. A droite, la tumeur offre une mollesse et une fluctuation qui démontrent l'existence d'un kiste à son intérieur. Sa paroi supérieure, de ce côté, est recouverte de quelques millimètres d'épaisseur, toute sa surface est tapissée par le péritoine, qui se continue sur l'utérus. La partie molle laisse écouler un demi-verre environ d'une bouillie grisâtre. Le kiste à l'accouchement, dans ce cas, a donc été causé par l'existence de ces adhérences solides qui, unissant la tumeur fibreuse à la paroi inférieure de l'excavation, l'ont empêchée de remonter dans

la cavité abdominale proprement dite dans les derniers mois de la grossesse, ce qui a réduit au tiers de sa capacité ordinaire l'excavation pelvienne.

Dans les deux autres cas que j'ai eu l'occasion d'observer, la terminaison a été différente.

L'un a pour sujet Mme R..., cliente de M. Huguier, auprès de laquelle notre honorable collègue nous appela en décembre 1867, M. Pajot et moi, pour décider la conduite à tenir.

Cette dame, âgée de 30 à 35 ans, primipare, arrivée au septième mois de sa grossesse, porte environ une douzaine de tumeurs fibreuses; qu'on sent à travers les parois abdominales. L'une de ces tumeurs remplit complètement l'excavation pelvienne où elle est enclavée, sans qu'on puisse la faire mouvoir. Le col de l'utérus est aplati entre la symphyse du pubis et la tumeur.

Il s'agissait de savoir ce qu'il convenait de faire, et M. Huguier nous consultait surtout sur l'opportunité de provoquer l'accouchement prématuré. M. Pajot et moi nous pensâmes que, dans l'état où étaient les choses, il n'y avait qu'à attendre les modifications que l'évolution naturelle de l'utérus amènerait dans cet organe et dans les tumeurs qui lui étaient appendues.

Trois semaines plus tard, réunis de nouveau en consultation avec MM. Huguier et Pajot, nous pûmes constater tous trois que, par suite du développement naturel de l'utérus et de son ascension dans la cavité abdominale, la tumeur contenue dans l'excavation pelvienne était remontée et avait dégagé cette cavité assez pour que le doigt vaginal pût atteindre et sentir nettement une petite portion de la tête fœtale. Dans ces conditions, il ne pouvait plus rester de doute sur la conduite à tenir; on s'en tint à l'expectation.

Le 28 février 1868, à une heure du matin, le travail commence; la portion de la tête accessible au doigt a beaucoup augmenté; le travail marche naturellement et les contractions utérines ont pour effet d'éloigner de plus en plus la tumeur de l'excavation et de la dégager. Après la rupture des membranes, la tête vient s'appliquer au détroit supérieur; la tumeur remonte toujours, mais lentement, et comme les battements du cœur fœtal semblent perdre un peu de leur force et de leur régularité, j'applique le forceps, et sans trop de difficulté, j'extrait un enfant vivant.

Depuis cette époque, j'ai revu plusieurs fois la mère et l'enfant, dont la santé ne laisse rien à désirer.

Enfin, le troisième cas s'est offert à mon observation au printemps de 1868, chez une cliente de mon confrère M. Homolle, qui a bien

re remettre l'observation suivante, qui retrace très-fidèlement les principaux points de ce nouveau cas.

12 avril 1868, je suis appelé chez Mme J..., 29, rue des Capucins. Cette dame, âgée de 31 ans, mariée depuis deux ans, instruite et d'une bonne santé antérieure, est arrivée au quatorzième mois d'une grossesse dont les commencements n'ont rien présenté d'insolite que de la constipation et de fréquents besoins

à uriner. L'examen vaginal fait reconnaître que l'excavation pelvienne est entièrement occupée par une tumeur arrondie, sans bosselure, d'une consistance ferme, uniforme, non élastique, et du volume apparent d'une tête de fœtus à terme. Le doigt rencontre en pénétrant dans le cul-de-sac utéro-vaginal à trois centimètres au plus de profondeur, tandis qu'en avant ce n'est qu'avec la plus grande difficulté, en comprimant la tumeur, qu'il arrive au col utérin, relevé au-dessus du niveau du périnée.

La rétention d'urine étant devenue complète et déterminant des douleurs, le cathétérisme ne peut être pratiqué qu'en se servant d'un cathéter d'homme flexible.

En raison de la pensée d'une rétroversion utérine, des tentatives de réduction sont faites sans succès et me portent à attribuer à une tumeur intra-utérine les phénomènes observés. Je demande à m'éclairer de l'avis de notre distingué confrère M. le docteur Blot, qui avait, dans une occasion précédente, déjà vu Mme J... à l'occasion d'une fausse couche à six semaines. (L'utérus, au dire de la malade, aurait conservé son volume considérable après l'expulsion complète du produit de la conception.)

Blot, après un examen attentif et renouvelé à quatre jours d'intervalle, ne conserve aucun doute sur la nature fibreuse de la tumeur, et conseille l'expectation jusqu'au terme de la grossesse, en attendant de combattre les symptômes qui pourraient réclamer l'intervention du médecin.

Le cathétérisme dut être pratiqué pendant plusieurs jours. Une lutte intense avec symptômes graves, vomissements, anorexie complète, décoloration de la muqueuse buccale, douleurs de nature à rendre l'avortement, amaigrissement extrême, etc., etc., pendant plus de vingt jours des craintes même pour l'existence de la malade. Peu à peu cependant les phénomènes perdirent de leur gravité, la miction devint possible, et la grossesse, qui avait été compromise, continua son cours.

En fin de mois de juin, Mme J... put être transportée à la campagne,

où le régime lacté et l'usage de l'huile de foie de morue lui rendirent un peu de force et d'embonpoint.

« De retour à Paris vers la fin d'août, elle me fit appeler, et je pus constater cette amélioration générale ; mais je trouvai les organes génito-utérins dans les mêmes conditions, et la tumeur remplissait toujours le petit bassin.

« Le 6 septembre dans la nuit, Mme J... est prise de douleurs utérines et me fait appeler. Les parties sexuelles sont lubrifiées par un liquide onctueux d'odeur amniotique, sans qu'il y ait eu d'écoulement d'eau, et le doigt introduit dans le vagin ne peut qu'à grand'peine atteindre au-dessus de l'arcade du pubis le col utérin effacé, et présentant une fente transversale linéaire plutôt qu'une véritable dilatation, sans qu'il soit possible de reconnaître la présentation fœtale.

« Les douleurs se succèdent assez régulièrement sans amener de changement appréciable. Un bain tempéré, pris le 7 au matin, repose un peu la malade sans avancer le travail, et le jour entier se passe dans ces conditions. Le soir, je constate une tendance de la tumeur à se porter à gauche et en haut par une sorte de mouvement de bascule pendant que le col s'abaisse à droite. Il ne m'est pas encore possible de reconnaître la présentation.

« Je passe la nuit auprès de la patiente, attendant l'occasion d'intervenir, et ce n'est que vers le matin que le toucher me permet de rencontrer, entre les lèvres du col, le gros orteil du pied gauche. Cependant l'évolution, observée dès la veille, continue d'abaisser à droite l'orifice du col utérin, en même temps que la tumeur exécute un mouvement ascensionnel à gauche sur la concavité du sacrum. L'introduction de deux doigts, puis de la main entière, devenue possible, permet enfin de saisir le pied et de l'amener à la vulve, où il est fixé au moyen d'un lacs ; puis, la main introduite de nouveau, amène le deuxième pied et successivement le tronc, les membres supérieurs et la tête en position occipito-antérieure droite, pendant que simultanément la tumeur continue son évolution au-dessus du détroit supérieur.

« L'extraction du placenta ne présente aucune difficulté, la perte de sang est modérée et les suites de couches sont naturelles.

« L'enfant, petit, mais bien conformé, vivait encore avant le commencement de la manœuvre obstétricale ; il a probablement succombé à la compression du cordon.

« Pendant quelques jours la tumeur utérine resta élevée au-dessus du détroit supérieur ; mais, vers la troisième semaine, elle est redescendue dans le petit bassin et gêne de nouveau la miction.

repos prolongé, associé à un traitement iodé, a sensiblement é cet état; la menstruation s'est rétablie sans accident, les digestives sont régulières, la marche est possible.

ourd'hui, 10 février 1866, voici le résumé de l'examen : région hypogastrique présente une matité arrondie occupant gauche, mais un peu allongée transversalement; le doigt indans le vagin rencontre une tumeur du volume d'une orange e; le col, porté en avant, est aminci et comme effacé par la de la tumeur. »

minaison complètement heureuse du deuxième fait, partiel- heureuse du troisième, et complètement fatale pour la mère nt dans le premier, s'explique évidemment très-bien par ice dans ce dernier des tractus fibro-celluleux qui ont retenu lement la tumeur dans l'excavation pelvienne et l'ont empê- remonter au-dessus du détroit supérieur. L'absence de cette ation fait, au contraire, comprendre la terminaison favorable deux autres.

à l'influence de la grossesse sur le développement des tureuses de l'utérus, sans oser rien affirmer, je suis porté à ue ces tumeurs augmentent de volume pendant la grossesse uent après l'accouchement. Dans les cas qu'il m'a été donné er, il m'a semblé que ces tumeurs avaient diminué notable- rès l'accouchement.

intenant il me fallait formuler des conclusions, je dirais qu'il pas de règle générale, absolue, sur la conduite à tenir dans e tumeur fibreuse de l'utérus compliquant la grossesse; au- cas, autant de terminaisons possibles. Il est cependant vrai que, dans un bon nombre de circonstances, l'accouchement oir lieu sans de très-grandes difficultés quand il n'y a pas nces entre la tumeur et les organes contenus dans l'excava- rienne. Lorsque ces adhérences existent et que le volume de r est assez grand pour produire un rétrécissement considé- devient presque toujours impossible d'amener à terme un ivant. Il va sans dire que la santé et même la vie de la mère ent sérieusement compromises par cette complication, d'au- fâcheuse que nos moyens d'exploration ne nous permettent jamais de la reconnaître d'avance.

ures et demie, la société se forme en comité secret.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine.— Le *Bulletin de thérapeutique*.— Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.— La *Revue d'hydrologie médicale*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Journal de médecine de l'Ouest*. — Le *Bulletin médical du nord de la France*. — Le premier numéro du *Bulletin de la Société médicale d'observation*.

2° De l'*hydrothérapie à domicile*, par le docteur P. Delmas. Broch. in-8°, 1868.

3° *Étude critique sur l'écoulement et l'infiltration de sérosité dans les fractures du crâne*. J.-J. Bonin, thèse inaug. Paris, 1869.

4° *Uréthrotomie externe sans conducteur*, suivie de guérison, par le docteur Letenneur, membre correspondant.

5° *Masseterotomia intrabuccale per la cura di una anchilosi del massellare inferiore*. Broch. in-4° par le professeur Fr. Rizzoli de Bologne.

6° M. Larrey offre à la Société les *Comptes rendus de l'Académie des sciences pour l'année 1868*.

7° M. Giralès offre, au nom de M. A. de Graefe, membre associé étranger, l'importante collection complète des *Archives d'ophtalmologie*, publiée par MM. Arlt, Donders et Graefe.

M. GIRALÈS annonce à la Société la mort d'un de ses associés étrangers, Hogdson (de Londres), mort le 7 février 1869.

Uréthrotomie externe sans conducteur, par le docteur LETENNEUR, professeur à l'école de médecine de Nantes.

P... Joseph, âgé de 26 ans, apiculteur, entré à l'Hôtel-Dieu de Nantes, salle Saint-Louis, au commencement du mois d'avril 1868, a depuis quatre ans une fistule urinaire consécutive d'une fracture du pubis, d'abord méconnue, ayant amené une rétention d'urine et des abcès.

P... revint à un état à peu près satisfaisant; cependant les fistules de la cuisse gauche persistaient et laissaient toujours passer une certaine quantité d'urine.

anal de l'urètre paraissait libre et on devait compter sur la nuit, lorsque, deux ans après l'accident, le jet de l'urine diminua tellement, les fistules se multiplièrent, et enfin il ne passa plus anal que quelques gouttes d'urine. C'est dans cet état que le malade vint s'adresser à moi.

Le canal interne de la cuisse gauche est couvert d'orifices et de fistuleux dans une hauteur de 20 centimètres; les fistules internes occupent le pli génito-crural.

Le scrotum et la verge sont intacts et n'ont jamais été le siège

de tumeur. En passant sur la partie libre du canal de l'urètre et jusque sous le pubis, on ne trouve ni tumeur ni indurations anormales. Le canal du pubis est rétrécie et il est facile de constater les places de rétrécissement sur la branche horizontale et sur la branche descendante du pubis, qui est entourée d'une masse calleuse dont la dureté augmente avec celle des os.

On a essayé, avec une moyenne grosseur, des bougies en gomme élastique et de caoutchouc, mais sans succès. On a essayé avec une grande persévérance et ne pouvant dépasser le niveau de l'arcade pubienne.

Le malade garde facilement son urine dans la vessie, et lorsqu'il fait des efforts pour uriner, il sent l'urine couler par les fistules.

Le malade dit qu'il a quelquefois des pollutions nocturnes, que la nuit n'est la même qu'autrefois et que le sperme s'échappe goutte à goutte par les fistules après quelques minutes.

Les détails nous prouvent que la vessie est intacte, ainsi que la prostate. En conséquence, je diagnostique une rupture de l'urètre à gauche de la portion membraneuse, par suite de la pression exercée par le tumeur externe du pubis, qui aura glissé au moment de l'accident derrière le fragment antérieur.

Le malade n'avait pas lieu de songer à un autre traitement que l'urécotomie externe, opération qui semblait présenter de grandes difficultés.

L'opération fut pratiquée le mardi 28 avril.

Le malade, soumis à l'action du chloroforme, fut placé dans la position usitée pour la taille périnéale. Un cathéter cannelé est introduit jusqu'à l'obstacle et maintenu par un aide.

On fait alors sur la ligne médiane une incision de 5 centimètres, dépassant un peu en avant l'extrémité du cathéter et arrivant à un centimètre et demi au devant de l'anus.

Après avoir coupé les tissus couche par couche, je mis à découvert l'extrémité du cathéter, que nous pûmes faire saillir dans la plaie;

mais la profondeur du cul-de-sac ne permettait pas de rechercher les places du conduit urétral, qui se trouvait derrière la symphyse du pubis.

J'allai donc sans plus tarder à la recherche de la partie postérieure du canal; pour cela, j'incisai peu à peu les tissus en me guidant sur l'indicateur gauche introduit dans le rectum. Mais ces tentatives paraissaient devoir être infructueuses. Je cherchai alors à mettre à profit les fistules elles-mêmes en y introduisant une sonde cannelée; mais cet instrument se dirigeait toujours bien en dehors de l'arcade pubienne et s'engageait profondément dans un trajet fistuleux.

Je fis alors, en me dirigeant d'abord sur la sonde cannelée, une incision transversale tombant perpendiculairement sur l'incision première; mais je perdis bientôt toute trace de fistule et je divisai des tissus calleux comme cartilagineux, qui entouraient la branche descendante du pubis.

C'est pendant ces manœuvres que j'acquis la certitude que l'urine arrivait à la cuisse par le trou obturateur et non par l'arcade du pubis, et les instruments introduits au niveau de la fistule, où j'avais fait pénétrer plusieurs fois la sonde cannelée, entraient dans le bassin en rasant la face externe de la branche descendante du pubis.

Après cet examen, je recommençai mes recherches sous le côté gauche de l'arcade et j'arrivai enfin à un point plus dépressible, donnant au doigt la sensation du vide. Une sonde d'argent portée sur ce point pénétra bientôt jusque dans la vessie, ce que nous révéla un beau jet d'urine.

Mais cette sonde se dirigeait très-obliquement et le pavillon se portait du côté gauche; pour le ramener vers la ligne médiane je dus, avec le bistouri boutonné, faire une incision transversale sur le fond du cloaque. Cette incision libératrice rectifia immédiatement la position de la sonde. Nous étions donc en possession des deux parties libres du canal, et il ne restait plus qu'à les réunir en creusant une tranchée profonde dans la masse indurée qui les séparait. Cette tranchée fut creusée avec le bistouri et avec les ciseaux par petits coups, suivis chaque fois de l'exploration avec l'extrémité du doigt. Les tissus malades furent ainsi complètement incisés, et je ne m'arrêtai que lorsque le doigt me donna la sensation des tissus souples et sains.

Je remplaçai alors la sonde d'argent qui était dans la vessie par une sonde en caoutchouc vulcanisé, que je dirigeai à l'aide d'un stylet...

Je mis dans la partie antérieure du canal une sonde élastique

e, plus volumineuse que la sonde vésicale. Le pavillon de cette sonde étant excisé, j'introduisis dans sa cavité l'extrémité conique de la sonde; un fil poussé par les yeux de la sonde urétrale fixa l'extrémité antérieure de la sonde vésicale, qui fut enfoncée ainsi avec la plus grande facilité jusqu'au méat.

La sonde se logeait très-naturellement dans la gouttière que j'avais faite et sa direction était parfaitement régulière.

La sonde fut fixée avec un anneau qui ne comprimait pas la peau et aucun pansement ne fut appliqué sur la plaie périnéale, ni sur les fistules de la cuisse; on se borna à des soins de pro-

premier soin. Le malade éprouva, pendant toute la journée et la nuit qui suivit l'opération, des nausées et un trouble singulier dans les idées; j'attribuai ces phénomènes à l'action du chloroforme. Cependant, la nuit de l'opération, nous avons observé quelque chose d'analogue à ce que nous avons pensé que les préoccupations de l'opération pouvaient produire.

Le lendemain, l'état était très-satisfaisant, le pouls était régulier à 72, la peau fraîche.

Le malade urina facilement par la sonde, que je recommande de garder fréquemment.

Le soir, il y eut des nausées, du dégoût, avec horripilations et frissons que du frisson véritable, et dès le lendemain, deux jours après l'opération, nous constatons un gonflement de la verge avec un érysipèle qui s'étend dans l'aîne gauche.

Un purgatif est administré *illico* et 60 centigrammes de sulfate de soude sont prescrits en trois doses pour la soirée. Les parties rouges sont saupoudrées de poudre d'amidon.

Pendant toute la semaine, P... a de la fièvre, l'érysipèle envahit la cuisse, la hanche, l'aîne droite, l'hypogastre. En même temps, le délire se déclare et s'accompagne d'agitation; le malade retire sa sonde et la retire. La sonde que le malade avait retirée présente quelques *incrustations*.

Une autre sonde en caoutchouc vulcanisé, comme la première, est introduite à l'aide d'un mandrin avec autant de facilité que dans un cas normal.

À la visite du 5, on nous dit que le malade a été très-agité pendant toute la nuit. Nous le trouvons assis sur son lit, pâle, l'air hébété, immobile, et n'ayant pas conscience de ce qui se passe autour de lui. La peau est sèche, le pouls misérable, l'érysipèle s'est beaucoup étendu et a pris une teinte livide.

Le 6, amélioration notable. Le pouls est à 110.

Pendant les jours suivants, alors qu'il y avait du délire et de l'agitation, il se manifesta une suppuration abondante dans tout le canal de l'urètre autour de la sonde, et la peau du prépuce se gangréna à la suite d'un paraphimosis inflammatoire.

Je retirai la sonde, je fis des injections d'eau tiède dans le canal, et je remis la sonde en place.

Le 12, je mets une sonde plus grosse que la précédente. Il ne s'écoule plus une goutte d'urine par la plaie.

L'appétit reparait; l'érysipèle s'efface sur tous les points; la verge revient à son volume normal, mais le malade se plaint d'érections fréquentes.

Le 25, le mieux est très-marqué; P... se lève pour aller aux latrines et demande à passer quelques heures dans un fauteuil.

A partir de ce moment, la convalescence marche rapidement. La plaie de l'opération se cicatrise régulièrement et cache entièrement la sonde dans un canal de nouvelle formation; les tumeurs formées à la cuisse par les anciens trajets fistuleux s'affaissent et les tissus reprennent leur souplesse.

Le 2 juin, j'enlève la sonde, sur laquelle il n'existe aucune incrustation (21 jours de séjour dans le canal), j'en mets une autre avec facilité; le malade sort chaque jour dans le jardin.

Le 4 juin, le malade se trouve si bien qu'il demande à retourner chez lui; mais je l'engage à attendre quelques jours encore afin d'apprendre à introduire lui-même les sondes.

J'eus bientôt lieu de regretter ce parti, car, deux jours après, il est pris de malaise, de fièvre, de subdélirium; il a enlevé sa sonde et se désespère de ne pouvoir la remettre; enfin je découvre à la cuisse gauche une large plaque érysipélateuse qui, les jours suivants, gagne la jambe et le scrotum.

Le 10, l'érysipèle et la fièvre disparaissent encore une fois.

Le 11, je renouvelle la sonde à l'aide d'un mandrin.

Le 16, une sonde nouvelle est introduite sans mandrin, avec la plus grande facilité.

Le malade demande de nouveau à retourner chez lui, ce qui lui est accordé.

Au moment du départ, il n'existait plus au périnée qu'une plaie superficielle de trois millimètres de diamètre.

P... est retourné avec bonheur à ses abeilles; il n'a plus éprouvé d'accidents; il urine facilement, mais a soin de passer deux fois par semaine une grosse bougie pour éviter un rétrécissement.

nières nouvelles reçues sont du 10 décembre, c'est-à-dire
s après l'opération.

anévrisme poplité. — M. LEGOUËST. Le malade dont j'ai déjà
u la société et que j'ai traité, sans pouvoir obtenir la guérison
de son anévrisme poplité, par la compression digitale et
impression au moyen d'appareils, est aujourd'hui guéri par
la force intermittente. La flexion de la jambe sur la cuisse
cuisse sur le bassin a été pratiquée seulement deux heures
une heure le matin, une heure le soir. Après quelques
je remarquai une diminution notable de la tumeur; le
le jour, on n'y sentait plus de battements et l'on n'y enten-
de bruits de souffle. Il y a six jours de cela, et tout me
croire que ce malade est aujourd'hui, sinon guéri, du moins
bonne voie de guérison.

fracture de la clavicule. — M. CHASSAIGNAC. Au point où
re discussion sur les fractures de clavicule a laissé cette
, je n'ai pas le désir de provoquer le retour de la discussion,
mais pouvoir demander à mes honorables collègues de me
formuler les conclusions suivantes, qui sont le résultat d'une
ce de vingt-cinq années dans les hôpitaux de Paris et dans
que particulière :

dans la majorité des cas de fracture de clavicule, les moyens
ment de la pratique générale peuvent suffire à satisfaire le
sum du chirurgien, il est des malades chez lesquels ces
sont tout à fait impuissants.

fracture de clavicule mal réduite ou maintenue d'une ma-
suffisante peut entraîner des conséquences très-fâcheuses,
quelles on peut citer les suivantes : « 1° la formation d'une
hrose; 2° l'impuissance durable, quelquefois même indéfinie,
bre fracturé; des douleurs parfois intolérables; une diffor-
quante et très-génante due à un cal irrégulier et volu-

'y a point de fracture de clavicule qui, dans les premières
t même dans les premiers jours après l'accident, ne puisse
ite par le procédé que j'ai publié (procédé de l'amplexation,
figuré dans mon Traité d'opérations, t. II, p. 26 et 27).

seul obstacle sérieux à la réduction consiste, non dans l'en-
rit des fragments, non dans la formation rapide d'un travail
e qui retiendrait ceux-ci dans une position vicieuse, mais

dans la résistance des muscles qui maintiennent le chevauchement.

5° Quand la fracture est tout à fait récente, le procédé de réduction que j'ai indiqué suffit toujours à rétablir le niveau des fragments. Lorsque plusieurs jours se sont écoulés, et lorsque la réduction paraît impossible par la seule action du procédé décrit, le malade, placé en décubitus horizontal, doit être endormi au chloroforme. Toute contraction musculaire ayant cessé, on fait facilement cesser l'immobilité des fragments dans leur position vicieuse, et le procédé qui venait d'être reconnu insuffisant, appliqué de nouveau pendant l'anesthésie, et le malade étant toujours dans la position horizontale, obtient le succès voulu.

6° Toute fracture de clavicule peut être maintenue, réduite par l'un ou l'autre des deux appareils suivants :

1° Celui que j'ai figuré et décrit dans mon *Traité des opérations*, t. II, p. 26 et 27;

2° Celui dans lequel la main du membre fracturé étant portée sur un coussinet qui recouvre l'épaule saine, y est maintenue par des circulaires et des doloires qui s'enroulent autour du thorax et qui, au lieu de passer sur la clavicule fracturée, comme dans l'appareil inamovible décrit par Velpeau (*Méd. op.*, t. I, p. 229 et 230), ne porte que sur l'épaule saine exclusivement, laissant complètement découverte la région claviculaire du côté de la fracture.

7° Tout ce traitement est fondé sur ce principe que, quand le moignon de l'épaule fracturée est porté à son plus haut degré d'élévation et s'y trouve maintenu, aucune difformité de la fracture ne résiste aux efforts du chirurgien.

Ovariectomie. — M. LÉON LE FORT. Dans la dernière séance, M. G. Letenneur nous a envoyé une très-intéressante observation d'ovariectomie suivie de succès. Ce n'est certes pas à cause du fait de notre confrère, puisque toutes les précautions avaient été prises et que l'opération était formellement indiquée et a été justifiée par l'opération même, mais parce que la lecture du procès-verbal m'en fournit l'occasion, que je désire soumettre à la Société un point de pratique. Est-on autorisé à faire l'ovariectomie avant d'avoir fait la ponction du kyste pour assurer le diagnostic? Voici ce qui motive mon observation.

Il y a quelques jours j'avais dans mon service une malade présen-

tant tous les signes d'un kyste ovarique *multiloculaire*. La poche offrait çà et là des bosselures et des dépressions qui me faisaient croire à la multiplicité des kystes. La malade, jeune, d'une bonne santé habituelle, mais fatiguée de porter sa tumeur et ayant entendu parler de l'ovariotomie, désirait se soumettre à l'opération. Je lui déclarai que je ne la pratiquerais qu'après avoir fait la ponction préalable, et je convins avec elle qu'elle serait chloroformée, ponctionnée pendant son sommeil, et que sans attendre son réveil je ferais, s'il y avait lieu, l'ovariotomie. J'agis suivant ce que je lui avait dit, mais la ponction me montra que j'avais affaire à un kyste séreux, uniloculaire, qui put facilement être complètement évacué. Sans cette précaution que je crois indispensable, j'aurais fait courir à la malade de formidables chances de mort, et cela peut-être sans aucune utilité. En effet, si cela est rare, on peut du moins voir des kystes ovariens uniloculaires à contenu séreux guérir après une simple ponction. J'en eus, il y a quatre ans, un exemple remarquable.

Remplaçant à la Charité M. Denonvilliers, j'avais dans mes lits une jeune femme portant un kyste de l'ovaire. Faisant aux élèves qui suivaient la visite quelques remarques sur le traitement de cette maladie, j'appelai leur attention sur les inconvénients des ponctions répétées, quand il s'agissait de kystes multiloculaires ou simples, mais à contenu gélatiniforme, comme pouvant amener des inflammations, des adhérences et, par conséquent, des difficultés en cas d'ovariotomie ultérieure. Le lendemain la malade, qui par parenthèse était sage-femme, réclama l'ovariotomie et refusa la ponction. A mon tour je refusai de rien tenter avant d'avoir pratiqué la ponction, d'autant plus que le kyste me paraissait uniloculaire; la malade se rendit à mes avis et bien lui en prit. Je fis la ponction et j'évacuai tout le contenu du kyste. Quatre années se sont passées; la malade est venue, il y a deux mois, me voir à l'hôpital Cochin; la guérison est complète et le kyste ne s'est nullement reproduit.

Or, dans cette sorte d'épidémie d'ovariotomie que nous traversons depuis deux ou trois ans, je crois, d'autre part que, si certaines statistiques sont améliorées par le refus du chirurgien d'opérer les cas qui ne promettent pas un succès non plus possible, mais très-probable, l'opération est parfois au contraire pratiquée dans des cas où elle pourrait ou devrait ne pas l'être, et je demande si la ponction ne doit pas toujours précéder l'ovariotomie.

La Société décide que cette question sera ultérieurement mise à l'ordre du jour.

Suite de la discussion sur les tumeurs fibreuses de l'utérus.

M. TARNIER. La discussion actuelle a une double origine; elle a été successivement soulevée par M. Depaul à propos d'une tumeur fibreuse expulsée spontanément de l'utérus, et par M. Guéniot, qui a lu devant vous une observation très-importante d'un accouchement heureusement terminé, chez une malade atteinte d'une tumeur fibreuse qui obstruait l'excavation. Je pense, pour mon compte personnel, que cette discussion ne saurait être trop approfondie, parce qu'elle élucidera, je l'espère, l'une des causes les plus graves et les moins bien connues de la dystocie. Les occasions d'étudier les empêchements que les tumeurs fibreuses apportent à l'accouchement sont rares, et jusqu'ici les observateurs mis en présence de ces faits ont été en quelque sorte pris au dépourvu et n'ont point trouvé dans la science des préceptes nettement formulés. Ce serait un honneur pour notre Société de poser les règles générales qui doivent guider les accoucheurs en pareil cas.

Les orateurs qui m'ont précédé ont traité leur sujet à différents points de vue et l'ont limité comme ils l'ont entendu. Pour moi, j'étudierai successivement l'influence des corps fibreux sur la grossesse, sur l'accouchement et sur les suites de couche, mais je ferai une plus large part aux corps fibreux qui entravent l'accouchement, parce que c'est là véritablement le point en litige.

Je n'ai pas l'intention d'étudier l'anatomie pathologique de ces tumeurs, j'aurais d'ailleurs peu de chose à ajouter à ce qui en a été dit; mais je discuterai deux points principaux de leur histoire, l'hypertrophie et le ramollissement, qui ont été niés par M. Guéniot et affirmés par M. Depaul.

M. Guéniot a mis en doute l'hypertrophie des tumeurs fibreuses sous l'influence de la grossesse; pour lui, cette hypertrophie, quoique très-vraisemblable, manque d'une rigoureuse démonstration. M. Depaul n'a pas partagé cette manière de voir, et il vous a apporté à l'appui de son opinion le résultat de son observation personnelle sur plusieurs malades. Je suis ici de l'avis de M. Depaul contre M. Guéniot, mais je n'ai pas eu l'occasion de suivre pas à pas, comme l'a fait M. Depaul, cette hypertrophie. — Un malade de la Clinique, que j'observais à ce point de vue, succomba au choléra avant qu'une opinion fût définitivement arrêtée. Je dus me contenter de recueillir et de conserver l'utérus, qui vous a été montré par M. Depaul dans une de nos séances. — Une israélite, chez laquelle je suivais attentivement le développement de tumeurs fibreuses mul-

tiples, échappa également trop tôt à mon observation sans que j'aie pu retrouver ses traces. — Mon observation a été plus complète chez une malade, de la rue de la Roquette, près de laquelle j'ai appelé M. Depaul. Cette femme portait une énorme tumeur qui remplissait plus de la moitié de l'excavation, où elle descendait jusqu'au niveau du périnée; en haut elle débordait le pubis de quatre travers de doigt environ, et s'étendait à droite jusqu'au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Elle accoucha en 1865, mais j'ai pu l'examiner il y a quelques jours seulement, et la tumeur est tellement diminuée de volume que j'ai eu quelque peine à la retrouver. Chez cette femme, les parois abdominales sont très-flasques; elle porte en outre une hernie ombilicale volumineuse qui, lorsqu'on la refoule, permet au doigt d'entrer en quelque sorte dans la cavité abdominale. J'usai aussi de cette manœuvre, pendant qu'avec mon autre main je pratiquais le toucher vaginal, et je pus m'assurer de la sorte que l'utérus était encore notablement augmenté de volume par la présence d'une tumeur; mais, je le répète, l'état actuel ne ressemble en rien à ce que j'avais constaté pendant la grossesse. Le corps fibreux s'est donc considérablement atrophié, et cette atrophie me parut être la preuve qu'il s'était hypertrophié en même proportion pendant la grossesse. N'est-il pas, en outre, rationnel de penser que les corps fibreux, qui vivent aux dépens de l'utérus, doivent s'hypertrophier avec cet organe, qui, chez une femme non enceinte, pèse de 40 à 60 grammes, tandis qu'il pèse 1,000 ou 1,200 grammes à la fin de la grossesse? Je sais que M. Guéniot répondra que les tumeurs fibreuses s'hypertrophient alors que les femmes ne sont pas enceintes, et que leur accroissement de volume, constaté pendant la grossesse, n'est qu'une simple coïncidence, et qu'il n'y a pas là une relation de cause à effet. Je ne pousserai pas plus loin cette argumentation, parce que, si l'hypertrophie peut avoir lieu en dehors de la grossesse, il est parfois démontré qu'elle peut être considérable pendant sa durée, et ce résultat est en définitive le point capital à bien connaître au point de vue de l'accouchement.

Passons au ramollissement de ces tumeurs. Quand M. Guéniot me fit l'amitié et l'honneur de m'appeler près du malade dont il vous a lu la remarquable histoire, j'opposai aux craintes légitimes qu'il exprimait l'espérance que peut-être la tumeur se ramollirait et que l'accouchement serait moins difficile qu'il ne l'imaginait. L'accouchement se fit en effet, mais je dois dire que ce fut par un mécanisme tout autre que celui du ramollissement. M. Guéniot a trouvé là une occasion de mettre en doute le ramollissement des tumeurs fi-

breuses pendant la grossesse. Non, sans doute, le ramollissement n'envahit pas toujours les tumeurs fibreuses pendant la grossesse, mais on l'observe néanmoins dans bon nombre de cas. Ici encore M. Depaul s'est trouvé le contradicteur de M. Guéniot, et il admet que les couches les plus superficielles de ces tumeurs peuvent se ramollir en s'imbibant de liquide. J'irai plus loin que M. Depaul et je ne craindrai pas d'avancer que ce ramollissement peut être complet et poussé à un point extrême.

Ce ramollissement présente même deux formes distinctes : tantôt il consiste en une simple imbibition de la tumeur qui se ramollit en s'abreuvant de sucs ; elle devient alors molle, de dure qu'elle était auparavant ; tantôt c'est au centre de la tumeur que se fait une sorte de fonte du tissu fibreux, qui est alors parsemé de cavités pleines d'une bouillie analogue par sa consistance à celle qu'on rencontre dans certaines tumeurs encéphaloïdes.

Chez une malade, la dame D..., près de laquelle j'avais été appelé, ainsi que M. Depaul, par le docteur Ossian-Henri, on trouvait sur le côté de l'excavation une tumeur du col de l'utérus, du volume environ d'un œuf de poule. Cette tumeur était tellement molle qu'on pouvait hésiter sur sa nature, et, malgré sa grande expérience, M. Depaul pensa qu'il s'agissait d'un kyste ; je fus au contraire d'avis qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse ramollie, probablement parce que j'étais sous l'influence de la lecture d'un fait analogue. Toujours est-il qu'après l'accouchement, la tumeur se détacha et fut expulsée. C'était bien une tumeur fibreuse, ramollie par imbibition, sans fonte de tissu. Je conserve encore cette tumeur dans un bocal comme une preuve de conviction.

Il y a quelques jours à peine, une femme m'était envoyée à la Maternité par le docteur Joseph. L'accouchement était chez elle empêché par une tumeur du volume d'une petite orange, et placée à la partie postérieure de l'excavation, où elle semblait distendre le cul-de-sac recto-utérin. Au-dessus d'elle on sentait la tête de l'enfant qui était arrêtée par cet obstacle. Cette tumeur était très-molle, sans fluctuation. Après l'accouchement, en introduisant les mains dans le vagin, je pus, grâce à la souplesse des parties maternelles, prendre cette tumeur à pleine main et constater que le ramollissement était extrême, si complet qu'on avait alors quelque peine à bien suivre le contour du corps fibreux. La malade mourut après être sortie de l'hôpital, et l'autopsie n'a pu être faite, mais je suis convaincu qu'il s'agissait là d'une tumeur fibreuse ramollie par imbibition.

A ces deux faits je puis en ajouter huit autres que j'ai recueillis à et là. Dans quatre cas, de MM. Huguier, Blot, Breslan, Mayer on trouve au centre des tumeurs fibreuses une ou plusieurs cavités remplies d'une bouillie ramollie. Ces cavités sont de dimension variable, quelquefois très-vastes, quelquefois multiples. — Dans quatre autres cas, de Spath, Madge, Faye, Malgaigne, la tumeur parut liquide pendant la vie, et on tenta une ou plusieurs ponctions pour évacuer le liquide; à l'autopsie on trouva des tumeurs fibreuses avec ramollissement central.

Ces faits, auxquels on pourrait sans doute en ajouter d'autres, suffisent, je pense, pour démontrer que le ramollissement des tumeurs fibreuses peut affecter les deux formes que j'ai indiquées, et que ce ramollissement n'est pas une chose rare et exceptionnelle. On ne pensera pas davantage qu'il est produit par les violences exercées pendant l'accouchement, ou par une décomposition cadavérique, puisque dans bon nombre d'observations il a été observé au début du travail et pendant la vie.

Dira-t-on que ces faits ne prouvent rien parce que les tumeurs eurent se ramollir chez des femmes qui ne sont pas enceintes? Je ne le nie pas, du moins pour ce qui a trait au ramollissement central; mais il faut que les accoucheurs sachent aussi que ce ramollissement peut se produire pendant la grossesse, parce qu'il faut en tenir compte à un certain degré dans le pronostic à porter.

Tout d'abord, je pensais que ce ramollissement pouvait avoir une importance considérable en favorisant l'aplatissement de la tumeur et profiter de l'accouchement; j'étais encouragé dans cette manière de voir par ce que j'avais observé chez la malade du docteur Ossianenri, dont j'ai déjà parlé. M. Depaul pense, au contraire, que le ramollissement ne peut avoir qu'une médiocre utilité au point de vue de l'accouchement, et j'avoue que le dernier fait que j'ai observé à la Maternité me donne singulièrement à réfléchir. Dans ce cas, on se rappelle, en effet, que le ramollissement était très-considérable, et que pendant l'accouchement fut laborieux et funeste pour la mère et pour l'enfant.

Quelle est l'influence des tumeurs fibreuses utérines sur la grossesse? Il est évident qu'elles n'empêchent pas celle-ci d'avoir lieu. Toutefois il est probable que les tumeurs fibreuses sous-muqueuses, en prédisposant aux hémorrhagies, doivent rendre l'expulsion d'un fœtus plus facile. Il est certain, cependant, que beaucoup de femmes enceintes, affectées de tumeurs fibreuses de l'utérus, ne font pas de fausses couches, et il ne serait pas facile d'établir qu'elles

sont plus sujettes à l'avortement que les femmes qui n'ont pas de tumeurs semblables.

Ce que je crois, c'est que ces tumeurs peuvent avoir dans quelques cas une influence fâcheuse sur la santé des femmes enceintes. Sur 42 observations que j'ai pu réunir, j'ai trouvé 4 cas dans lesquels la santé et la vie des malades ont été sérieusement compromises. Dans une observation qui m'est personnelle, celle de la malade de la rue de la Roquette, dont j'ai déjà parlé, la santé, qui avait été excellente jusqu'au milieu de la grossesse, s'altéra rapidement à dater de cette époque. La malade ressentait d'horribles douleurs dans le ventre, était tourmentée par des envies d'uriner incessantes et très-douloureuses; elle maigrit rapidement, s'étiola, et, à 7 mois 1/2, je fus obligé de provoquer artificiellement l'accouchement, plutôt à cause de l'état de santé de la femme qu'à cause de la présence d'une tumeur fibreuse dans l'excavation. — Dans trois autres observations de Pillore, Wegscheider, Thibault et Malgaigne, les malades ressentirent également de très-vives douleurs dans le ventre, furent tourmentées par une diarrhée ou une constipation excessive, quelquefois par de la rétention d'urine. Ces faits confirment l'observation de M. Depaul sur la malade de Laon. Sans doute de pareils accidents ne sont pas fréquents; mais ils sont possibles, et ils peuvent être assez graves pour obliger les accoucheurs à provoquer l'avortement, comme l'a fait M. Depaul, ou à pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, comme je m'y suis décidé moi-même.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. MOREL (de Montdidier) présente un malade auquel il a pratiqué, il y a six mois, l'amputation tibio-tarsienne par le procédé de Jules Roux. Le malade marche avec la plus grande facilité, et peut faire de longues routes sans aucune fatigue anormale.

M. FORGET présente un malade portant une tumeur de la région massétérine gauche, survenue après un coup de poing reçu sur ce côté de la face. M. Forget demande, sur ce cas intéressant, l'avis de ses collègues.

M. DESPRÈS. Il y a sous le muscle masséter une bourse séreuse qui me paraît être le siège du mal; la contusion a probablement amené là un épanchement séro-sanguin. Je crois que l'abstention est la seule conduite à tenir.

M. DEMARQUAY croit, au contraire, que la tumeur est comprise dans l'épaisseur du masséter; il fait remarquer que la partie externe du

rebord supérieur de l'orbite porte une exostose. Son opinion est qu'il s'agit d'une tumeur syphilitique.

M. DESPRÈS. Cette tumeur ne me paraît pas siéger dans le muscle, mais sous le muscle; il y a fluxion inflammatoire sur la face et vers l'œil; je persiste à croire qu'il y a inflammation de la bourse muqueuse, siège de l'épanchement. Je ne trouve d'ailleurs aucune trace de syphilis dans les antécédents.

M. LIÉGEOIS croit à un épanchement sanguin, mais non dans une bourse séreuse, car il n'en existe pas à ce niveau.

M. DEMARQUAY présente une tumeur maligne de la mâchoire supérieure, qu'il a enlevée par la résection de la partie moyenne de la mâchoire.

M. TILLAUX. L'année dernière, j'ai présenté à la Société un malade ayant subi une opération de même nature; il portait un appareil prothétique qu'il tolérait parfaitement, et paraissait radicalement guéri. La tumeur était un enchondrome. Aujourd'hui il y a récurrence.

M. VERNEUIL fournit le complément d'une observation communiquée dans une des séances précédentes: il s'agissait d'un *albuminurique affecté de phlegmon à la suite d'une saignée du bras*. Le malade ayant succombé, dans les premiers jours de février, aux suites d'un épanchement pleurétique, l'autopsie a montré les particularités suivantes:

Dans la plèvre droite, grande quantité de liquide d'un jaune verdâtre un peu louche, avec fausses membranes flottant dans la plèvre ou adhérant faiblement à la plèvre. Le tissu du poumon est sain.

Un peu d'épanchement dans le ventre; traces de péritonite périhépatique récente. La rate et le foie ne présentent pas d'altérations notables. Les deux reins, à peu près également altérés, offrent les lésions de la maladie de Bright au troisième degré; çà et là quelques lobes offrent des vestiges d'hyperémie.

Examen du bras. — Les ulcérations sont presque entièrement cicatrisées. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose d'enveloppe, confondus et fusionnés, forment une gangue indurée, inextensible, au milieu de laquelle on ne reconnaît qu'à grand-peine les veines sous-cutanées.

Cependant j'ai pu m'assurer par une dissection attentive que ces veines, quoique très-contractées et devenues presque filiformes, étaient partout perméables et n'offraient à l'intérieur aucun caillot ancien ou récent. Je n'ai pu même retrouver le point où la veine a

été saignée. Il y a donc eu phlegmon diffus et non phlébite. Ceci est important à noter, car c'est toujours à l'inflammation de la veine qu'on attribue les accidents consécutifs de la saignée.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire annuel :

LÉON LE FOY.

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1869

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *Le Sud médical*. — Le compte rendu des travaux de la Société médicale de Clermont-Ferrand pour l'année 1868.

M. LARREY présente les ouvrages suivants :

Docteur Sounier, médecin principal : *Des plaies d'armes à feu par le fusil Chassepot*, broch. in-8°. — Docteur Fumagelli, de Milan : *Observation de névralgie traumatique rebelle à la névrotomie*. — Du même auteur : *Remarques et extraits du Rapport de M. G. Otis sur la désarticulation coxo-fémorale*. — Docteur Vercasner, médecin militaire belge: *Étude de voiture d'ambulance*, in-8° avec planches, Bruxelles, 1868.

M. DOLBEAU. M. le docteur Meilhac, d'Argentat (Corrèze), m'a prié de présenter à la Société de chirurgie une observation de tumeurs des lobules des deux oreilles. Notre confrère a pensé que son observation avait beaucoup d'analogie avec celle que j'ai eu l'honneur de vous présenter de la part de M. Magdelain, de Saint-Étienne. Dans les deux cas, il s'agit de tumeurs du lobule, développées chez des femmes après l'application des boucles d'oreilles; mais dans le cas de M. Magdelain, ce sont des fibromes qui ont été enlevés, tandis que la lecture de l'observation de M. Meilhac démontre que notre confrère a eu affaire à une double chéloïde éleotricielle.

Ces deux faits, rapprochés l'un de l'autre, offrent beaucoup d'intérêt; mais il serait désirable de connaître ultérieurement quel sera le résultat définitif des opérations qui ont été pratiquées dans les deux cas.

**Double tumeur des deux lobules de l'oreille,
par M. Meilhac, d'Argentat.**

Une jeune fille de 15 ans vient me trouver, en juillet 1868, pour être délivrée d'une paire de pendants d'oreille naturels survenus à chaque oreille. Elle est chétive, hâve, triste, car elle est mal nourrie et presque abandonnée par un père ivrogne. Il y a six ans, sa mère, mortellement atteinte par la phthisie, voulut lui placer elle-même aux oreilles deux boucles de métal doré. Les trous faits aux lobules s'enflammèrent, devinrent le foyer de croûtes et d'engorgements ganglionnaires. Il fallut retirer les boucles; mais l'enfant, pour maintenir les petites ouvertures de son oreille, essayait d'y passer des aiguilles, des bouts d'allumettes.

A la fin de l'année, les trous étaient définitivement comblés par une excroissance de chair de plus en plus saillante sur les deux faces de chaque lobule.

Au commencement de la 15^e année, ces excroissances grandirent et furent plus difficilement cachées sous les attaches du bonnet.

Au moment de ma visite, chacune des deux oreilles présentait une paire de tumeurs en saillie sur les deux côtés du lobule, et parfaitement symétriques.

Les tumeurs sont rondes, sans pédicule, un peu plus rouges que la peau de l'oreille, indolentes, dures. Pour chaque oreille, la tumeur que l'on voit au côté externe du lobule est grosse comme une noisette; la tumeur postérieure ou interne est plus considérable: du volume d'une noix.

La malade ne voulant pas du bistouri, il me semble que la petite rainure qui se trouve entre le contour hémisphérique des tumeurs et le plan du lobule sera suffisante pour maintenir le lien métallique d'un fort serre-nœuds. — J'applique le lien et je serre vivement en faisant tourner rapidement la vis du serre-nœuds. Quelques petits craquements m'avertirent de la nature fibreuse de la tumeur. En quatre fois, la malade est délivrée, sans trop de souffrances, de ces bizarres ornements.

Je vois alors que la tumeur externe et la tumeur interne de chaque paire avaient une base commune restée maintenant comme une rondelle fibreuse enchâssée dans la substance du lobule.

Je me propose de détruire plus tard cette rondelle par le caustique de Vienne, et de la remplacer ainsi par une cicatrice moins suspecte.

Mais cette précaution est inutile.—Quinze jours après, sans aucun pansement, la rondelle est devenue brunâtre. Elle se racornit visiblement. — Après un mois, il n'y a d'autre trace qu'une cicatrice creuse et inégale, mais aussi petite qu'on puisse le désirer, et solide, puisqu'il n'y a pas eu de récurrence au moment où je vous écris.

Cette observation présente, comme celle de M. Magdelain : 1° le fait de la double symétrie de ces productions, à droite et à gauche d'abord, puis de chaque côté de chaque lobule, étant pourtant plus considérable que les excroissances externes ; 2° la solidarité de la tumeur externe et de la tumeur interne dans chaque paire ; 3° le caractère probablement très-bénin de ces fibromes.

M. FLEURY, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Clermont, adresse à la Société la lettre suivante :

« Le rapport fait, il y a quelques années, à la Société de chirurgie, sur le traitement des polypes naso-pharyngiens par l'ablation préalable du maxillaire supérieur, m'a encouragé à employer cette méthode.

« Le point essentiel était d'en connaître le résultat définitif ; car si, après une mutilation semblable, une récurrence devait avoir lieu, il était préférable d'abandonner les malades à leur malheureux sort, que de leur faire éprouver en pure perte les douleurs d'une opération aussi laborieuse. J'ai donc cherché à retrouver ces malades, ce qui n'est pas toujours facile, pour m'assurer de leur état.

« Le hasard vient de me servir heureusement.

« Un jeune homme qui a été opéré au mois de janvier 1864, et dont l'observation est publiée dans un numéro (1) de la *Gazette des Hôpitaux*, est entré à l'Hôtel-Dieu de Clermont pour y être traité d'une blennorrhagie.

« Lorsqu'on l'examine, rien ne pourrait faire supposer qu'il a subi l'ablation partielle du maxillaire supérieur.

« La dépression de la joue est à peine sensible, et quand il parle, on observe seulement une légère rétraction de la commissure des lèvres, dépendant de la contraction des muscles zygomatiques.

« La cicatrice, qui s'étend de la bouche à l'angle interne de l'œil, est apparente, mais celle qui existe à la commissure des lèvres est à peine sensible.

(1) N° 81, année 1864.

« Comme l'os de la pommette a été conservé, ainsi qu'une partie de la circonférence inférieure de l'orbite, l'œil est parfaitement soutenu.

« Le nazonnement de la voix est à peine sensible, ce qui tient à l'étroitesse de l'ouverture qui existe à la partie externe de la voûte palatine. Elle est ovale, dirigée d'arrière en avant; son grand diamètre, qui est antéro-postérieur, a 3 centimètres; le petit en a 2.

« La dent incisive gauche médiane a été conservée, ainsi que la portion correspondante de l'apophyse palatine, et comme, en arrière, il existe une portion de l'os du palais, le voile a conservé sa position normale.

« Ce jeune homme, qui est aujourd'hui fort et vigoureux, se livre avec ardeur aux rudes travaux des champs.

« Pour être sûr de le retrouver, je l'avais engagé à venir me voir à l'époque où il subirait les épreuves du conseil de révision (il avait 19 ans lorsqu'il a été opéré), en lui promettant un certificat qui servirait à le faire exempter du service militaire. Comme son numéro avait été très-élevé, il lui avait paru inutile; je ne l'avais donc plus revu.

« C'est une circonstance toute fortuite qui m'a permis de le retrouver. Je me suis empressé de vous rendre compte de son état. »

Prix Laborie.

La Société a reçu ampliation du décret qui la met en possession du don de 20,000 fr. fait par M^{me} veuve Laborie, pour la fondation d'un prix annuel de 1,200 fr.

Ce prix sera décerné, chaque année, dans la séance de janvier.

La question proposée pour 1870 a trait à l'histoire clinique de l'amputation malléolaire. Elle sera formulée dans une des prochaines séances.

Les manuscrits, écrits en français et en latin, devront être remis avant le 15 novembre 1869, et adressés à M. Trélat, secrétaire général de la Société.

Discussion sur les tumeurs fibreuses de l'utérus.

M. TARNIER. Dans notre dernière séance, j'ai dit ce que je pensais des tumeurs fibreuses pendant la grossesse; aujourd'hui j'aborde un sujet plus important, celui de leur influence sur l'accouchement.

Les fibromes, on le sait, ont été classés en sous-péritonéaux, interstitiels et sous-muqueux. M. Depaul, qui sans doute avait de bonnes

raisons pour cela, a limité son étude aux tumeurs sous-péritonéales; mais je crois qu'il est utile d'agrandir le débat, et d'étudier les trois espèces de tumeurs, parce qu'elles peuvent mettre toutes trois obstacle à l'accouchement.

J'ai d'ailleurs besoin de mieux préciser le cadre dans lequel je veux resserrer mon argumentation.

Pour qu'un fibrome utérin puisse devenir un obstacle sérieux à l'accouchement, il faut qu'il soit descendu dans l'excavation, ou du moins dans l'ouverture du détroit supérieur. Il faut, de plus, qu'il ait un certain volume, que j'estime très-arbitrairement, je l'avoue, celui d'un œuf de poule.

Sans doute les tumeurs fibreuses de la partie moyenne du corps de l'utérus ou de son fond peuvent modifier la marche du travail; mais je ne veux étudier ici que les tumeurs qui s'opposent mécaniquement à l'engagement de la tête et à son expulsion. A l'exemple de M. Depaul, je crois également utile de laisser de côté ce qui a trait aux polypes, ou fibromes sous-muqueux pédiculés, parce que, par leur disposition particulière, ils donnent lieu à des indications qui leur sont propres.

Ici je n'aurai donc en vue que les fibromes utérins ayant au moins le volume d'un œuf de poule, en rapport avec l'excavation ou le détroit supérieur, qu'ils soient d'ailleurs sous-péritonéaux, interstitiels ou sous-muqueux.

Les fibromes sous-péritonéaux peuvent être sessiles ou pédiculés. Dans ce dernier cas, quelle que soit la hauteur de leur siège, ils peuvent, grâce à la longueur de leur pédicule, descendre plus ou moins bas dans l'excavation pelvienne, surtout dans le cul-de-sac rétro-utérin. Quelquefois ils remplissent, distendent ce cul-de-sac, et contractent en ce point des adhérences qui empêchent leur rétropulsion. Ils deviennent alors un sérieux obstacle à l'accouchement. Tel était la disposition du fibrome dans le cas observé par M. Blot, qui a bien voulu me le communiquer pour l'insérer dans une thèse de concours pour l'agrégation. Je citerai encore, au milieu d'autres faits, celui du docteur Breslau, qui me paraît curieux à signaler, parce qu'il s'agit de deux tumeurs fibreuses pédiculées qui descendent toutes deux dans le cul-de-sac postérieur en entre-croisant leurs pédicules, de telle sorte que la tumeur de gauche était venue se placer à droite, et réciproquement.

Quelle que soit la catégorie à laquelle elles appartiennent, ces tumeurs peuvent devenir la cause d'une erreur de diagnostic. Tous les auteurs citent des faits où le fibrome a été confondu avec une

partie fœtale, le plus souvent avec la tête. Quelquefois même, une simple dépression du tissu morbide a pu en imposer pour une fontanelle. Weysscheider dit qu'on aurait pu croire, dans le cas qu'il relate, à une présentation du sommet avec une bosse séro-sanguine. J'ai moi-même été le témoin d'une erreur analogue.

Pendant que j'étais chef de clinique de M. Dubois, un médecin de la ville vint me prier de l'accompagner rue de Reuilly, près d'une de ses clientes, qui, depuis trois jours, était en travail. L'enfant, disait-il, se présentait par le sommet, mais il lui avait semblé qu'en un point la tête avait contracté des adhérences avec le col. Ce simple renseignement suffit pour me faire penser qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse, car leur adhérence avec le col est un de leurs signes distinctifs. Quand nous arrivâmes, l'accouchement était terminé, l'enfant était né spontanément, vivant, et s'était présenté, non par le sommet, mais par les pieds. En examinant la malade, je trouvai le ventre si volumineux et l'utérus si descendu, que je pensai à une grossesse gémellaire. En pratiquant le toucher, je pus m'assurer qu'il s'agissait, en réalité, d'une tumeur fibreuse énorme, du volume de la tête, située à gauche et en avant, et descendant dans l'excavation, qu'elle obstruait presque complètement. On se demandait comment, avec une tumeur aussi volumineuse, située aussi bas, l'accouchement avait pu s'effectuer, car c'est là une observation en tous points comparable à celles qui ont été rapportées par M. Depaul et Guéniot.

Ailleurs, une tumeur fibreuse ramollie a été prise pour un placenta inséré sur l'orifice ; mais la facilité avec laquelle se détacha le tissu placentaire et l'hémorragie qui survint ne laissèrent pas longtemps dans le doute.

Récemment, j'ai été mis dans l'embarras d'une toute autre façon : Une femme étant en travail depuis plusieurs jours, la sage-femme qui l'assistait fit demander le docteur Barrier, qui m'appela à son tour. Je trouvai la tête hors de la vulve, tellement ramollie, que les os du crâne étaient disjoints et libres dans le cuir chevelu ; le cou était fort allongé. En pratiquant le toucher, je trouvai l'orifice utérin très-en arrière et fortement resserré sur le cou de l'enfant. Toute la moitié antérieure de l'excavation était occupée par une partie dure, tendue, qui me fit penser à une tumeur fibreuse. Je parvins à dégager les bras l'un après l'autre et à extraire le tronc. En introduisant alors la main dans l'utérus, je pus m'assurer que cet organe ne contenait pas de tumeur fibreuse. L'obstacle était uniquement dû à une rétraction tétanique de la cavité antérieure du segment inférieur de l'utérus.

En admettant que la tumeur soit reconnue, le diagnostic est encore loin d'être complet. La tumeur est-elle solide? est-elle liquide? On a vu, par ce que j'ai dit précédemment, que souvent des tumeurs fibreuses ramollies avaient été prises pour des kystes, et ponctionnées.

Comment distinguer un fibrome utérin d'une tumeur fibreuse née au milieu des parties molles de l'excavation? J'avoue que le problème doit être souvent fort embarrassant, à moins que la tumeur ne soit insérée très-bas et séparée de l'utérus. M. Depaul doit se rappeler que, dans le cas de la rue de la Roquette, nous avons hésité entre un fibrome utérin et un enchondrome, et ce n'est qu'après l'accouchement que le diagnostic fut définitivement arrêté. Je serai heureux de connaître ce que l'expérience a appris à nos collègues sur ce sujet.

Les fibromes utérins eux-mêmes présentent entre eux des variétés qu'il serait bon de connaître. Comment savoir si la tumeur fibreuse est interstitielle ou sous-péritonéale, et, dans ce dernier cas, si elle est sessile ou pédiculée, libre ou adhérente? On peut sans doute avoir des présomptions, chercher, par le palper, si la tumeur est superficielle ou profonde, immobile ou mobile, faire la même recherche par le toucher; mais il nous paraît difficile d'arriver sûrement à un diagnostic précis, et je souhaite que cette discussion m'éclaire sur ce point délicat de la pratique obstétricale.

M. Guéniot, en étudiant l'influence des tumeurs fibreuses du segment inférieur de l'utérus sur la marche de l'accouchement, vous a déjà fait remarquer qu'elles rendent les présentations du siège un peu plus fréquentes que dans les cas ordinaires. J'irai plus loin, et je suis en mesure de prouver que la présentation du siège est alors très-fréquente. Ainsi, sur 22 cas que j'ai pu compiler à ce point de vue, je n'ai trouvé que 13 présentations du sommet et 9 présentations de l'extrémité pelvienne. Or, toutes les statistiques montrent que la proportion de la présentation de l'extrémité pelvienne, relativement à celle du sommet, n'est pas même de 1 sur 22. Il y a donc là une influence bien manifeste, qui prouve une fois de plus que la forme de la cavité utérine a une influence considérable sur la nature des présentations.

Quant au pronostic, je le baserai sur le dépouillement de 42 observations : quelques-unes me sont personnelles; d'autres ont été déjà citées pendant le cours de cette discussion par MM. Guéniot, Depaul, Blot; j'en ai trouvé un certain nombre dans nos recueils scientifiques; enfin le docteur Gauhal (Théodore) a bien voulu traduire pour

moi et me donner de nombreux extraits d'un mémoire publié par notre regretté collègue, le docteur Breslau, de Zurich. Je tiens à remercier ici le docteur Gauhal des matériaux qu'il a mis ainsi à ma disposition. — Je sais que je suis loin d'avoir une liste complète des faits publiés, puisque MM. Guéniot et Depaul en ont cité un certain nombre que je n'ai pas pu ou que je n'ai pas eu le temps de retrouver. Avec des recherches plus étendues, on parviendrait peut-être à réunir, non sans peine, une centaine d'observations; mais celles que je possède me suffisent, je l'espère, pour établir le pronostic et le traitement sur des bases utiles.

Examinons donc comment l'accouchement s'est terminé dans ces 42 cas :

8 fois l'accouchement a eu lieu spontanément, et cependant il s'agissait de tumeurs volumineuses, remplissant en partie l'excavation pelvienne, pour lesquels on avait souvent pensé que l'opération césarienne serait indispensable. Dans ces 8 cas, 6 femmes ont guéri, 1 est morte; le sort de la dernière n'est pas indiqué. Pour les enfants, 3 sont nés vivants, 3 sont nés morts; on ne connaît pas le sort des deux autres...

On peut conclure de ces chiffres que, lorsque l'accouchement se termine spontanément, le résultat est très-favorable pour la mère, un peu moins pour l'enfant.

6 fois la dilatation de l'orifice s'étant faite, il a fallu terminer l'accouchement par une application de forceps. 2 femmes ont guéri, 4 sont mortes; 2 enfants sont nés vivants, 4 sont nés morts.

Les deux cas heureux l'ont été et pour la mère et pour l'enfant; ils ont été observés par MM. Blot et Guéniot, qui ont vu l'un et l'autre la tumeur fibreuse s'éloigner spontanément du bassin, de sorte qu'ils n'ont eu qu'une application très-simple de forceps à pratiquer. Mais quand la tumeur est invinciblement fixée dans l'excavation, l'opération devient terriblement dangereuse, sans doute par suite de la contusion de la tumeur au moment de l'extraction. J'ai pu malheureusement constater cette gravité pour une malade de la Maternité.

6 fois on a eu recours à la version. 2 femmes ont guéri, 3 sont mortes; le sort de la sixième est resté incertain; je n'ai pas pu trouver la preuve de sa guérison, qui cependant est probable. 3 enfants sont nés vivants, 3 sont morts.

Sans aller plus loin, si je compare les résultats de la version et du forceps, je vois que l'avantage est du côté de la version. Je suis le premier à dire, il est vrai, qu'une parcellle statistique est insuffisante,

parce qu'elle repose sur un trop petit nombre de faits; mais j'y reviendrai un peu plus loin.

Une fois on a provoqué l'accouchement prématuré à 7 mois $1/2$ de grossesse; la femme a guéri, l'enfant a succombé.

Une fois on a pratiqué l'embryogénie, et la mère a également succombé.

Une fois on a pu opérer l'énucléation de la tumeur. Femme et enfant ont succombé. Cette opération, unique, je crois, dans la science, très-hardiment conçue et très-habilement exécutée par M. Danyau, a été communiquée par lui à l'Académie de médecine.

J'ai trouvé, il est vrai, trois autres faits d'énucléation de tumeurs fibreuses pendant l'accouchement, parmi lesquelles on compte un succès; mais il s'agissait de tumeurs, non de l'utérus, mais des parties molles de l'excavation, et j'ai dû écarter ces résultats comme étrangers à mon sujet.

14 fois on a pratiqué l'opération césarienne. 2 femmes ont guéri. L'une fut opérée par Duclos, l'autre par Mayor, de Genève. 12 femmes ont succombé. 9 enfants sont nés vivants; 2 ont succombé. Le sort des 3 autres n'est pas indiqué.

Ainsi, l'opération césarienne, favorable pour les enfants, est excessivement meurtrière pour les femmes, comme on pouvait le prévoir.

5 femmes ont, enfin, succombé avant d'être accouchées.

En résumé, si l'on groupe tous ces chiffres, on trouve que le pronostic est fort grave pour les mères, puisque, sur 40 observations dont les résultats sont connus, 13 femmes seulement ont guéri, et 27 ont succombé, ce qui fait à peu près 1 cas de guérison sur 3. C'est là une triste réalité, bien propre à modérer l'enthousiasme dans lequel on est disposé à tomber quand on a eu le bonheur d'observer ces cas heureux. Quant aux enfants, sur 37 résultats connus, on trouve 17 enfants vivants et 20 morts. Pour eux, les chances sont donc moins défavorables que pour les mères, bien que plus de la moitié aient succombé pendant l'accouchement; mais, dans cette proportion, il faut faire remarquer que, sur les 17 enfants nés vivants, 9 ont dû leur salut à l'opération césarienne, qui laissait, au contraire, peu d'espoir de sauver les mères.

Dans les 42 cas cités, je n'en ai trouvé qu'un petit nombre dans lequel les femmes sont accouchées avant terme. On comprend que c'est là un élément important dans le pronostic, qui peut être aggravé quand le volume de l'enfant est considérable, et amoindri quand il descend au-dessous de la moyenne.

Le pronostic est encore d'autant plus grave, que la tumeur utérine

est plus volumineuse et plus profondément enclavée dans l'excavation pelvienne; quand elle siège au niveau de la partie supérieure de l'excavation, le pronostic est moins défavorable, parce que la tumeur se déplace plus facilement. On a vu, toutefois, des tumeurs, situées profondément, se déplacer pendant la grossesse et pendant l'accouchement; plusieurs exemples ont été cités dans cette discussion. Ce déplacement est surtout à espérer quand la tumeur est placée en avant ou sur les parties latérales de l'excavation, où elle est largement attachée au col de l'utérus, parce qu'au moment où se fait la dilatation de l'orifice, le fibrome pourra être refoulé au-dessus du détroit supérieur; mais quand les tumeurs occupent la partie postérieure de l'excavation, et descendent dans la concavité du sacrum, elles sont retenues en place par la saillie de l'angle sacro-vertébral et deviennent très-difficiles à mettre en mouvement et à rétropulser. Le déplacement est impossible dans le cas de corps fibreux sous-péritonéaux, ayant contracté des adhérences dans le fond du cul-de-sac recto-utérin, à moins que ces adhérences ne soient bien lâches, comme j'en ai vu un cas relaté.

Enfin, il y a une distinction essentielle à établir entre les fibromes recto-péritonéaux, suivant qu'ils sont sessiles ou pédiculés; les premiers se déplacent plus facilement, à mesure que le col se dilatera et que la partie fœtale s'engagera; mais le travail d'accouchement aura peu d'influence sur les tumeurs pédiculées, qui, s'insérant loin du col, ne suivent pas le mouvement imprimé par la dilatation de l'orifice.

Le mécanisme à l'aide duquel les tumeurs se déplacent et dégagent l'excavation pelvienne, a été très-bien décrit par M. Guéniot; je suis heureux d'être d'accord avec lui sur le point que j'avais compris comme lui et exposé en partie le jour où nous nous trouvions réunis, avec MM. Nélaton et Lorain, près de la malade de M. Depaul. Les fibres verticales de l'utérus, en se contractant, tirent sur les fibres horizontales du col et agissent en même temps sur la tumeur, qui fait corps avec le tissu utérin, si bien que la tumeur se déplace avec le col, pendant que celui-ci se dilate. A cette cause principale, M. Depaul ajoute l'influence de la rupture de la poche des eaux; sans doute M. Depaul n'a pas complété sa pensée, car cette rupture ne peut avoir d'effet qu'en permettant à la partie fœtale qui se présente de s'engager plus profondément et de repousser de côté la tumeur en dilatant l'orifice. C'est le mécanisme du coin qui écarte les fibres du tronc d'arbre dans lequel on l'enfoncé. Je sais que M. Depaul n'aime pas cette comparaison, mais je la crois juste, et c'est pour cela que je l'ai rappelée.

Quelle doit être la conduite du chirurgien dans les cas d'accouchements compliqués de tumeur utérine ?

La statistique que j'ai dressée démontre que, 8 fois sur 42 cas, l'accouchement a pu se faire spontanément, contre toute vraisemblance et être suivi de résultats très-favorables pour la mère, favorables aussi, quoique à un degré moindre, pour l'enfant. Il en résulte que l'on peut, que l'on doit naturellement attendre, dans les cas où la tumeur obstrue la moitié ou même les trois quarts de l'excavation, les modifications que les progrès naturels de la grossesse et les changements subits par l'orifice pendant l'accouchement peuvent apporter dans la consistance et la situation de la tumeur. Mais on doit mettre un terme à cette expectation, si elle se prolongeait assez pour menacer le bon état de santé de la mère et de l'enfant.

Immédiatement après l'expectation, je place les tentatives de réduction. Si la tumeur ne se déplace pas, on devra tenter de la redresser et de la repousser au-dessus du détroit supérieur, en introduisant la main tout entière dans le vagin. C'est là une manœuvre importante, qui ne fait courir aucun risque quand elle est faite avec ménagement; mieux vaut faire des efforts modérés, mais soutenus pendant un certain temps, qu'agir avec trop de force et de précipitation. J'ai trouvé 7 cas dans lesquels ces tentatives ont été essayées. Deux fois elles ont échoué entre les mains du docteur Breslau et entre les miennes, mais cinq autres fois elles ont été couronnées de succès. Une fois la réduction fut incomplète, et on fut obligé d'appliquer le forceps pour terminer l'accouchement. Quatre fois la réduction fut complète, et on termina l'accouchement par la version ou l'extraction par les pieds, quand l'enfant se présentait spontanément à l'extrémité pelvienne. C'est là une excellente manœuvre, à laquelle il faut toujours songer avant d'entreprendre une opération plus grave, et je m'étonne que MM. Depaul et Guéniot, qui l'ont conseillée ailleurs et essayée eux-mêmes, l'aient ici passée sous silence.

L'application du forceps n'a pas donné jusqu'ici de brillants résultats. Les accidents graves dont elle est suivie sont dus aux phénomènes inflammatoires qui résultent vraisemblablement de la contusion et de l'attrition de la tumeur par la pression de l'instrument. Cependant elle constitue cette manœuvre rationnelle, qu'il faut conseiller dans une certaine mesure. Je l'ai moi-même employée chez une malade de la Maternité, avec quelques modifications dans le manuel opératoire, que je ne peux pas passer sous silence, dans l'intérêt de la vérité.

Depuis quelque temps j'ai expérimenté à la Maternité la traction

continue, et terminé ainsi plusieurs accouchements. Pour cela, je me sers de moufles munies d'un dynamomètre et reliées au forceps ordinaire; je laisse aux cordes une longueur de 2 mètres environ avant de les fixer à un point d'appui. Cette longueur est nécessaire pour donner beaucoup de souplesse à l'appareil, et me permet de diriger mes tractions dans toutes les directions possibles, en haut, en avant, en bas et en arrière, à droite et à gauche, de faire varier cette direction à ma volonté, comme dans une application du forceps faite avec les mains seules. J'échappe ainsi à l'un des principaux reproches adressés aux appareils à traction continue employés jusqu'ici, celui d'exercer la traction dans une direction invariable. Les moufles me permettent encore de continuer la traction aussi longtemps qu'il est nécessaire, sans interruption si je le veux, avec autant de repos que je le désire; le dynamomètre sert à régler l'emploi de la force. Pour l'observation dont je parle actuellement, je crus devoir employer les moufles, qui m'avaient donné précédemment des résultats encourageants. Les tractions furent continuées pendant 15 minutes, et portées à 20 et 25 kilogrammes, sans jamais dépasser ce chiffre. La tumeur s'abaissa au-dessous de la tête, qui la poussa devant elle : elle s'approcha du bord antérieur du périnée. A ce moment, j'opérais avec une lenteur extrême, de crainte d'une déchirure; la tête glissa enfin au-devant de la tumeur, et l'accouchement fut terminé. L'enfant avait succombé pendant ces tentatives, et la mère mourut après être sortie de l'hôpital dans un état grave.

Pour le moment, je ne juge ni en bien ni en mal la méthode que j'ai employée, je n'y fais allusion que d'une manière incidente; je prie même mes collègues de ne point argumenter aujourd'hui sur ce point, ils prendront leur revanche quand je publierai au complet les observations que j'ai déjà recueillies.

Quelle qu'ait été la méthode employée dans l'application du forceps, les résultats n'ont pas été heureux dans les cas de dystocie qui nous occupent; on peut donc se demander si la version ne serait pas plus avantageuse.

Le jour où M. Depaul avait réuni MM. Nélaton, Lorain, Guéniot et moi, je crus devoir dire que si, pendant le travail, le sommet, en admettant que l'enfant se présentât par cette partie, ne s'engageait pas, je conseillais la version. MM. Depaul et Guéniot se récrièrent aussitôt, et condamnèrent ma proposition fort et ferme, et M. Depaul n'a pas changé d'opinion, puisqu'en parlant de ma proposition devant vous, il l'a repoussée avec énergie, en ajoutant qu'une pareille

conduite serait une faute grave. Me voici donc accusé devant tout le corps médical d'avoir commis, au moins par la pensée, une faute grave en conseillant la version. Cependant, l'enfant, au lieu de se présenter par le sommet, se présenta par les pieds, et M. Depaul en fit l'extraction, très-habilement j'en suis certain, mais en fit l'extraction comme s'il avait fait la version, et mère et enfant sont aujourd'hui en parfaite santé.

J'ai déjà dit que la statistique des cas de version n'avait pas donné de trop mauvais résultats; cette statistique est très-restreinte, il est vrai, mais nous pouvons l'augmenter un peu en y ajoutant les cas où l'enfant s'est présenté spontanément par l'extrémité pelvienne; M. Depaul m'accordera, en effet, que le danger de la version, à moins de conditions spéciales, réside non dans le changement de présentation effectué avec la main, mais dans les difficultés de l'extraction, parce qu'on peut être arrêté par le volume de la tête, si la tumeur se place au-dessous d'elle. Que l'on fasse la version ou que l'on tire sur les pieds, quand ils se présentent, on se trouve à peu près dans les mêmes conditions, au point de vue de l'extraction, bien entendu. Or, si aux 6 cas de version déjà mentionnés, nous ajoutons les 4 cas d'extraction simple par les pieds, de MM. Depaul et Homolle, ainsi que mes deux faits des rues de la Roquette et de Reuilly, nous arrivons à un total de 10 accouchements dans lesquels on trouve 6 femmes assurément, et probablement 7 femmes guéries, contre 3 morts seulement; pour les enfants, 4 vivants, 1 moribond, 5 mort-nés. Je défie les adversaires de la version de trouver une autre opération aussi utile, non-seulement pour les femmes, mais encore pour les enfants, qui sont moins bien partagés.

Je pense que la version est plus utile qu'on ne pense, parce qu'en introduisant la main dans l'utérus, on prépare sciemment, ou sans le savoir, la réduction de la tumeur utérine, et nous savons que cette manœuvre constituerait à elle seule une opération fort avantageuse. C'est peut-être pour ne pas avoir envisagé la version à ce point de vue, que M. Depaul s'en est déclaré l'adversaire acharné. Une fois la réduction commencée par l'introduction de la main, elle continue, grâce à la dilatation progressive du col, par le passage des parties fœtales de plus en plus volumineuses, qui écartent de plus en plus la tumeur du centre de l'excavation, et la rejettent de côté ou en haut. Le dégagement s'achève enfin avec le passage de la tête, dont la voie a été préparée. Quand, au contraire, le fœtus se présente par le sommet sur le détroit supérieur, avec autant de tendance à descendre

dans l'excavation qu'à remonter dans le grand bassin, la tête, en venant heurter contre elle par une large surface, la poussera en bas, et si elle n'est pas maintenue par les fibres utérines, elle plongera dans l'excavation. Dans cette argumentation, je reproduis donc encore, malgré moi, l'histoire du coin qu'on enfonce facilement par le petit bout, et qui résiste si on le retourne sur son gros bout. M. Depaul ne croit pas que le fœtus puisse agir comme un coin; je suis de son avis, quand l'enfant doit traverser un cercle inextensible comme l'est un bassin rétréci par le rachitisme, parce qu'ici l'enfant ne peut élargir les détroits au travers desquels il doit passer, et je ne suis pas disposé à suivre l'exemple de Simpson, dans le cas d'angustie osseuse. Les conditions créées par la présence d'une tumeur fibreuse de l'excavation sont tout autres, parce que le fibrome se déplace, la voie parcourue par le fœtus s'élargit progressivement, au lieu de rester inextensible, et il n'est pas indifférent que le coin fœtal s'engage par la petite ou la grosse extrémité !

Dans les cas de dystocie que nous discutons, la version me paraît donc une excellente opération, dont l'emploi est justifié à la fois théoriquement et cliniquement. Je ne veux pas qu'on la substitue au forceps; mais quand la tête du fœtus reste élevée, je crois qu'il faut la tenter résolument, sans s'acharner à mener à bout, coûte que coûte, une application du forceps. Je n'ai jamais prétendu autre chose, ni voulu faire le procès du forceps en certains cas où son indication est formelle.

Je sais bien qu'en faisant la version on peut être arrêté au moment où la tête arrive au niveau du point obstrué, et si l'arrêt est complet, on se trouve dans une position fort embarrassante pour terminer l'accouchement, même en sacrifiant l'enfant par embryotomie. Je ne nie pas la gravité d'une pareille situation, mais je la préfère certainement à l'opération césarienne.

Quand on échoue avec le forceps et la version, l'embryotomie est parfaitement indiquée. Cette opération doit donner, il me semble, d'excellents résultats; on doit donc s'étonner qu'elle ait été si rarement employée dans le rétrécissement par abstraction, quand on y a si souvent recours dans les vices de conformation des os du bassin. Cette rareté tient sans doute à ce que, dans le cas de tumeurs fibreuses, on prolonge outre mesure les efforts d'extraction avec le forceps, ou qu'on se décide trop vite à faire l'opération césarienne.

Viennent ensuite les opérations sanglantes pratiquées sur la mère : énucléation, opération césarienne.

L'énucléation séduirait, si l'on n'était pas arrêté par les difficultés

et les dangers probables de l'opération. Comment savoir, d'une manière certaine, si la tumeur qu'on veut enlever est sous-muqueuse, interstitielle ou sous-péritonéale ? Comment prévoir quelles seront ses adhérences au tissu utérin ? Comment ne pas craindre une hémorragie grave, lorsqu'on sait quel développement prennent les veines de tout le bassin pendant la grossesse ? Toutes ces conditions n'ont pas arrêté M. Danyau, qui a pu mener à bonne fin son opération, qui est unique, je crois, dans la science. Que ceux qui se sentiront le courage de M. Danyau suivent donc son exemple. Pour nous, nous pensons qu'une pareille entreprise doit être très-exceptionnelle.

De toutes les opérations, c'est la section césarienne qui a été la plus tentée. Sur 14 cas que j'ai pu réunir, j'ai trouvé, ai-je dit, 12 morts et 2 sauvés seulement. Ces chiffres ont leur éloquence ; ils nous montrent que l'opération césarienne est horriblement dangereuse pour les femmes, plus dangereuse même ici que dans les cas ordinaires, parce que la présence d'une ou plusieurs tumeurs fibreuses, complique l'opération et en aggrave le pronostic. La tenter, c'est presque sacrifier à coup sûr la mère dans l'intérêt de l'enfant. Malgré une telle compensation, je ne veux pas fermer les yeux sur l'avenir réservé à la mère, et bien que la question de l'opération césarienne en général soit résolue d'une manière différente par les accoucheurs de notre époque, je ne me déciderai à l'entreprendre que s'il m'était démontré que l'accouchement est absolument impossible par les voies naturelles.

Il me reste à parler de l'accouchement prématuré artificiel et de l'avortement provoqué. Dans nos statistiques, je n'ai rencontré qu'un cas d'accouchement prématuré artificiel provoqué par moi : la mère a guéri, l'enfant a succombé pendant l'extraction. La science est donc loin d'être faite sur ce point. D'une manière générale, on peut dire que l'accouchement prématuré est une opération admirable ; mais ici on peut se demander si, en provoquant l'accouchement, on ne se prive pas des bénéfices qui résultent des modifications subies par le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse.

M. Blot vous a cité une observation de tumeur fibreuse descendue dans l'excavation, qui, pendant le cours du neuvième mois, s'en éloigna pour remonter enfin au-dessus du détroit supérieur. L'accouchement aurait-il été aussi heureux s'il eût été provoqué prématurément ? Je suis tenté de répondre par l'affirmative, parce que les contractions qui surviennent au début de l'accouchement provoqué ont pour effet d'amincir le segment artificiel de l'utérus, d'effacer le col et de dilater l'orifice, et ces trois phénomènes, quoique préma-

turés, doivent néanmoins déplacer les tumeurs fibreuses aussi sûrement que s'ils se produisaient spontanément. Mais ce sont là des considérations qui pourraient être démenties par les faits; il est donc sage d'attendre qu'ils aient été recueillis pour se prononcer. J'ajouterai cependant un argument en faveur de l'accouchement prématuré. Imaginons, et c'est là une hypothèse qui se révèle souvent, une tumeur fibreuse de médiocre volume, qui ne se déplacerait ni pendant le neuvième mois ni pendant le travail. Le volume de l'enfant aggraverait ici le pronostic, et on aurait un grand avantage à provoquer l'accouchement prématuré.

Quant à l'avortement provoqué, je me bornerai à dire qu'on doit le réserver pour le cas où des accidents graves menacent la vie de la mère, ainsi que M. Depaul vous en a cité un exemple.

J'arrive maintenant, messieurs, à la troisième partie de mon exposé, celle qui est relative à la présence de tumeurs fibreuses utérines chez une nouvelle accouchée. Je serai aussi bref que possible, pour ne pas abuser de votre patience.

Après l'accouchement, les tumeurs fibreuses peuvent causer une erreur de diagnostic, en faisant croire à l'existence d'un second enfant. J'ai déjà dit que j'étais tombé pendant quelques instants dans cette erreur chez une malade de la rue de Reuilly. Une autre fois, j'ai été appelé à la Villette, par une sage-femme, pour un fait analogue. L'utérus restait, après l'accouchement, aussi volumineux qu'à la fin d'une grossesse normale. Par le palper, on sentait des parties qui ressemblaient beaucoup aux parties fœtales. Je ne pus obtenir un diagnostic vrai qu'après avoir palpé et pratiqué le toucher avec le plus grand soin. Je n'insiste pas plus longtemps sur ces faits, qui sont bien connus.

Quel que soit le siège des tumeurs fibreuses, qu'elles soient en rapport avec le col, le corps ou le fond, elles exposent les femmes à une hémorrhagie grave pendant ou après la délivrance. Les observations où un pareil accident est relaté sont très-nombreuses; il s'explique d'ailleurs facilement par la gêne que le fibrome doit apporter à la rétraction des fibres utérines, et, sous ce rapport, les fibromes sous-postérieurs pédiculés sont, on le comprend, moins graves que les tumeurs sessiles sous-péritonéales, et surtout que les tumeurs interstitielles et sous-muqueuses. Le danger devient plus grand encore si le placenta s'insère au niveau du point occupé par le fibrome. J'ai présenté à la Société anatomique l'utérus d'une femme morte à la suite d'une hémorrhagie causée par une implantation vicieuse du placenta sur le col; la perte avait continué après la délivrance. A

l'autopsie, je trouve un corps fibreux, de médiocre volume, dans le col de l'utérus, au niveau même de l'insertion du placenta. C'était là la cause de la persistance de l'hémorragie après la délivrance, nous n'avons pas m'assurer trop tard qu'on aurait peut-être pu y porter remède en enlevant la tumeur, qui s'énucléa avec une très-grande facilité.

Les tumeurs fibreuses exercent généralement une fâcheuse influence sur les suites de couches ; elles prédisposent aux inflammations, à la crébrite, à la métu-péritonite, à l'infection purulente, à l'infection putride, d'une part parce que les femmes sont fatiguées par un travail prolongé, d'autre part parce que les liquides stagnent dans la cavité utérine, qui reste plus ou moins anfractueuse. Les accidents dont nous venons de parler amènent souvent la mort de femmes qui accouchent spontanément ; aussi, dans la statistique que nous avons dressée, il ne faut pas imputer tous les revers aux opérations entreprises : une bonne part dépend de la gravité qui résulte de la présence seule des tumeurs fibreuses dans l'utérus pendant l'état puerpéral.

Je termine en rappelant que notre Société s'est occupée, dans l'une de ses séances de l'année dernière, de la possibilité de l'élimination spontanée de fibromes utérins après l'accouchement, et je crois inutile de raviver la discussion sur ce sujet.

LECTURE

M. HORTELOUP lit un travail basé sur une observation de luxation en haut de l'extrémité interne de la clavicule. Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Liégeois, Sée, Léon Le Fort.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, LÉON LE FORT.

SEANCE DU 3 MARS 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la séance précédente est adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

- 1° Les journaux de la semaine. — *La Gazette médicale de Strasbourg*, — *Le Bulletin de thérapeutique*.

2° Dr Chavernac (d'Aix) : *Le docteur Tournatoris, sa vie et ses mérites*. Broch. in-8°. 1869.

3° De Labordette : *De l'emploi du spéculum laryngien dans le traitement de l'asphyxie par submersion*. Broch. in-8°. Paris, 1868.

4° Alfred Tournier : *Du pseudo-chancro induré des syphilitiques*. trait des Archives générales de médecine. Juin 1868.

— M. Larrey dépose une courte note sur la *Statistique médicale l'armée anglaise*.

— MM. Giraud-Teulon et Paul Horteloup adressent des *lettres de candidature* à la place de membre titulaire, déclarée vacante.

Galvano-puncture. — M. Ciniselli adresse le résumé suivant son travail publié dans la *Gazette médicale de Lombardie*, sur la *galvano-puncture dans le traitement des anévrismes de l'aorte thoracique*.

Dans l'état actuel des connaissances médicales, la galvano-puncture constitue le seul traitement direct qu'on puisse appliquer aux anévrismes internes, et spécialement à ceux de l'aorte thoracique. C'est que M. Pétrequin eut démontré l'efficacité de ce moyen, jusqu'au mois de juillet 1868 (lorsque ce travail a été composé), quatre des anévrismes aortiques avaient été traités par cette méthode. Le résultat a été l'amélioration dans un cas, la mort dans l'autre ; il est inconnu pour deux d'entre eux. Ce résultat cependant, loin de nous décourager, nous a conduit à considérer les circonstances propres de chacun de ces cas.

Dans le premier des cas susdits, traité par moi en 1846, la galvano-puncture a été appliquée deux fois sur un anévrisme faux, sécutif de la région sous-claviculaire droite, dérivant d'un vaste anévrisme de l'aorte ascendante, qui apparut à l'extérieur par l'érosion de la tête de la clavicule et de la première côte. L'opération fut sans effet. Quatre mois et demi après, la malade succomba à la rupture de l'anévrisme interne (1).

Dans le second cas, relaté par M. Bossé, de Saint-Petersbourg, la tumeur, ayant causé par sa pression la consommation des côtes et du diaphragme, s'élevait sur les parois du thorax et s'étendait de la 2^e à la 6^e côte du côté droit, du sternum à l'aisselle. Elle était molle, sentant dans sa partie centrale une tache bleuâtre qui faisait prévoir sa rupture. Employant la galvano-puncture en 1847, l'opé-

1) *Gazetta medica di Milano*, 1847, n° 2.

rateur sut profiter des connaissances qu'on avait déjà acquises pour faire deux applications d'une manière plus favorable. L'opération a été suivie de la diminution de la tumeur, qui se fit plus constante, et de la disparition de la tâche bleuâtre, de sorte que le malade n'eut plus à craindre la rupture (1).

Dans le troisième cas, relaté par le professeur Duncan, la tumeur anévrysmale se manifestait au milieu du sternum, qui était perforé; elle était arrivée à la grosseur d'une orange; une petite hémorrhagie avait déjà eu lieu. Weight y appliqua deux fois la galvano-puncture en 1865. Les pulsations de la tumeur s'affaiblirent, l'opération n'eut aucun résultat; le malade mourut subitement sept jours après, par la rupture du sac anévrysmal. Le corps de la troisième vertèbre du dos était aussi carié, avec suppuration fétide et fœquestre (2).

Le quatrième cas, relaté par le même, regarde un anévrysme à développement rapide, qui se manifesta à la partie supérieure de la poitrine. La galvano-puncture, appliquée deux fois en 1866, a été suivie de fortes réactions générales et locales; la pulsation se fit plus forte; la tumeur augmenta de volume, devint livide et ulcérée, donnant des hémorrhagies qui causèrent la mort 34 jours après la deuxième opération. L'anévrysme était de l'aorte, près l'origine du tronc brachio-céphalique; il y avait perte de substance de la 2^e, de la 3^e et de la 4^e côte, avec cario-nécrose du sternum et de la clavicule (3). Aux circonstances qui, dans les cas susdits, s'opposaient à un résultat heureux, il faut ajouter le procédé opératoire, qui n'a été à propos ni pour l'obtenir ni pour épargner les dangers propres de la galvano-puncture.

Dans une des applications faites dans le premier cas et dans les deux applications du quatrième, on a agi à courant continu sur deux aiguilles implantées dans la tumeur; on ne pouvait, par conséquence, obtenir qu'un seul caillot en correspondance du pôle positif, ce qui peut suffire pour les petits anévrysmes, non pour ceux dont il s'agissait. — Le courant continu, employé dans les quatre cas, n'a pas manqué de causer les cautérisations électro-chimiques, qui dans le quatrième ont été profondes et cause d'hémorrhagie mortelle. — Les cautérisations ont eu lieu malgré la couche isolante

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1850, N° 33.

(2) *Edinburgh med. Jour.*; avril 1866.

(3) *Edinburgh med. Jour.* — *Gazette méd. de Paris*, 1868, N° 23.

dont étaient couvertes les aiguilles, et dans le quatrième, des débris de la couche même étant restés dans le trajet des piqûres, elle a été la cause aussi de l'inflammation phlegmoneuse. Les piles de ~~Vol-~~Volton et de Bunsen, donnant un courant de grande intensité, ont causé de fortes réactions générales et locales dans le premier, le troisième et le quatrième cas, favorisées dans le troisième de la durée du courant, et du trop court délai d'une application à l'autre.

On pourra espérer un résultat heureux dans le traitement des anévrismes de l'aorte thoracique, lorsque la tumeur, encore toute renfermée dans la cavité de la poitrine, ne se manifeste que parmi les espaces intercostaux et en élevant les côtes; lorsqu'on pourra diagnostiquer que l'anévrisme est peu développé, qu'il est latéral et communiquant avec l'artère par une ouverture limitée; qu'il n'y ait aucune altération organique, et d'autres désordres dans les fonctions du cœur et des poumons que ceux qui sont dus à la présence de la tumeur.

Pour ce qui regarde l'application de la galvano-puncture, il faut profiter de l'expérience, qui nous apprend quelles sont les règles à suivre, quels sont les dangers propres de l'opération, quelle est la manière de les éviter. Je me dispense de tout rappeler ici, en m'arrêtant seulement sur ce qui se rapporte à nous mettre à l'abri des accidents les plus redoutables, tels que l'inflammation phlegmoneuse du sac anévrisimal et des tissus qui l'entourent, et les escharres des tissus traversés par les aiguilles : accidents absolument mortels dans les anévrismes dont il est question. Les faits nous ont appris que l'inflammation est en rapport avec l'appareil électromoteur et le pouvoir du courant; les escharres avec la qualité du métal dont sont composées les aiguilles et la manière de faire agir le courant.

L'expérience nous a appris ce que la science nous avait déjà indiqué, que, pour procurer la coagulation du sang dans le sac anévrisimal, il faut compter plutôt sur la tension du courant que sur son intensité. On a proclamé, lors des premiers essais, qu'une pile composée de plusieurs éléments à petite surface devait être l'appareil le plus propre. Telle, en effet, s'est montrée la pile de Volta. En ne dépassant pas certaines limites, ni dans le nombre, ni dans l'extension des couples, et convenablement appliquée, elle n'a jamais causé d'accidents graves; le succès ou a manqué ou a été obtenu. C'a été pour s'en assurer mieux, ou pour obtenir le brillant succès de la coagulation immédiate, qu'on a renforcé cet appareil d'un nombre excessif de couples, et qu'on eut recours aux piles douées de grande intensité.

En effet, la pile de Volta, appliquée 30 fois dans 21 anévrismes, donna 14 guérisons et 7 insuccès ; dans 5 de ceux-ci, il survint l'inflammation et la gangrène du sac anévrisimal, qui réclama la ligature de l'artère. Dans ces cas, les couples qui composaient la pile excédaient en surface et en nombre, qui fut porté à 60, et jusque à 80, de sorte que le courant donnait de vives étincelles ; la tension était au delà de ce qui est nécessaire pour obtenir la coagulation du sang. — Les piles de Wollaston, de Bunsen, de Daniel, de Sence, appliquées 28 fois dans 19 anévrismes, donnèrent 8 guérisons et 4 insuccès ; 11 des opérés ont subi des accidents graves, auxquels 5 ont succombé, et dans 2 la maladie resta aggravée. L'accident le plus fréquent a été l'inflammation phlegmoneuse, presque toujours accompagnée d'escharres, bien que l'appareil se composât d'un nombre limité d'éléments, et aussi d'un seul. Ces faits nous apprendront à proscrire ces appareils pour le traitement des anévrismes, en adoptant la pile de Volta ou celles qui lui ressemblent. Dans les cas de guérison, obtenue par l'emploi de cette pile, les couples de forme carrée avaient de 5 à 10 centimètres de côté ; leur nombre, qui a été seulement de 6 dans 1 cas, n'a jamais dépassé les 40, animées par une solution saturée de sel commun ou par le vinaigre.

En ôtant de ces applications les appareils à grande intensité, on évite aussi le danger des escharres par l'action thoracique du courant, qui ne manqueraient de se montrer si par hasard les aiguilles venaient à se rencontrer dans le sac anévrisimal.

On ne peut pas en dire autant des escharres produites par l'action chimique du courant, qui peuvent se montrer quel que soit l'appareil, à petite ou à grande intensité. Pour éviter cet accident, qui est le plus redoutable de la galvano-puncture, assurément mortel dans les anévrismes dont il s'agit, il faut avoir égard à la qualité des aiguilles et à la manière de faire agir le courant.

Pour empêcher que les acides organiques, qui se développent par l'électrolyse, exercent leur action cautérisante sur les tissus traversés par les aiguilles, il faut que celles-ci soient de métal oxydable. L'acier se prête assez bien. Mis en communication avec le pôle positif, il ne tarde pas à apparaître un petit cercle noir autour d'elle, qui annonce son oxydation, ainsi que l'oxygénation de la partie colorante du sang, au lieu de l'escharre, qui serait inévitable si l'aiguille était d'or ou de platine. La petite altération susdite se réduit après à un point séché, qui se détache sans ulcération. Cette ulcération même, ainsi que l'oxydation de l'aiguille, garantit les tissus de l'action,

non-seulement des acides, mais aussi de celle des alcalis, lorsqu'on a fait passer sur l'aiguille même le réophore négatif, qui autrement ne manquerait pas de former une escharre, quel que soit le métal dont l'aiguille est composée. — Ce fait important, publié par moi en 1850, et après dans mes travaux successifs, n'aurait besoin d'être rapporté encore une fois, si on ne voyait qu'il est méconnu ou oublié par des opérateurs distingués.

Il faut donc, au commencement de l'opération, mettre une des aiguilles implantées au contact du réophore positif, tandis que le négatif communique avec la peau, près de l'anévrisme, par un conducteur humide; après l'apparition du cercle noir autour de l'aiguille, il faut placer le réophore positif sur une autre aiguille, et le négatif sur la première, et ainsi de suite, en ne touchant jamais aucune des aiguilles avec le pôle négatif, avant qu'il n'ait été mis en communication avec le positif, et qu'il se soit manifesté le petit cercle noir qui annonce son isolement des tissus, l'expérience démontrant que les vernis isolants sont insuffisants et dangereux. Il ne manque pas de cas dans lesquels on n'a fait agir que le pôle positif sur une ou plusieurs des aiguilles implantées, en appliquant le négatif près de la tumeur à l'aide d'un conducteur humide. On a agi de cette manière en considérant que c'est le pôle positif qui forme le caillot électrique, et dans la croyance erronée que ceci soit dissous par le négatif. Ce procédé, que je sache, n'a donné jusqu'ici aucun résultat heureux. Il n'a valu non plus à épargner les escharres lorsque les aiguilles étaient d'or ou de platine, ni l'inflammation phlegmoneuse lorsqu'on a agi avec des appareils chargés de grandes intensités. Les faits cliniques ont démontré qu'il faut agir avec les deux pôles sur les aiguilles implantées, comme les expériences sur les animaux ont démontré que l'électricité négative dissout pas le caillot formé par la positive.

Les aiguilles ne doivent pas dépasser l'épaisseur de 1 millimètre, et pour obtenir plusieurs centres de coagulation, il faut les multiplier, en les appliquant à la distance de 2 à 3 centimètres l'une de l'autre. L'expérience a aussi démontré qu'il n'est pas prudent d'en appliquer plus que 6, pour ne pas s'exposer à une réaction trop vive.

La manière de faire agir le courant, outre ce que j'ai dit à l'égard des escharres, exige d'autres considérations, qui sont d'une grande importance pour le résultat de la galvano-puncture.

Le courant peut être continué sur les mêmes aiguilles du commencement jusqu'à la fin de l'opération, ou interrompu pour changer sa direction sur chacune des aiguilles. Or, voilà le résultat de

la pratique : le courant continu, appliqué 34 fois sur 23 anévrismes, donna 7 guérisons, 22 insuccès et 5 morts; 10 applications ont été suivies d'accidents graves. — Le courant interrompu, au contraire, appliqué 25 fois sur 22 anévrismes, donna 15 guérisons et 10 insuccès, sans aucun cas de mort; l'opération a été suivie 5 fois d'accidents graves. On doit aussi remarquer que certains anévrismes, restés sans effet par le courant continu, sont guéris par le courant interrompu, et deux, qui n'avaient subi aucun changement par l'action de celui-ci, sont restés dans le même état par le courant continu appliqué après.

Il résulte de ces données statistiques que le courant continu est resté sans effet plus fréquemment que le courant interrompu; en conséquence, il a dû être appliqué plusieurs fois sur les mêmes anévrismes; le petit nombre de guérisons obtenues, la fréquence des accidents graves, les cas de mort, conseillent de l'ôter de la pratique, pour adopter toujours le courant interrompu.

En appliquant le courant interrompu de la manière susdite, tandis qu'on obtient de nombreux caillots dans le sac anévrisimal, on s'expose le moins possible au danger de l'inflammation et d'escharres, en suite de la courte durée du courant sur chacune des aiguilles. Celles-ci doivent être mises en communication successivement avec les deux pôles, pour la durée de 3 à 5 minutes; il faut disposer les réophores de manière à pouvoir établir la communication successive avant d'ôter la première, afin d'épargner le plus possible les secousses au malade; la durée totale du courant doit être de 20 à 30 minutes; les aiguilles doivent être extraites immédiatement après.

Si l'on croit que l'effet de l'opération soit manqué, on ne doit jamais la répéter avant que la réaction locale soit finie, pour ne pas provoquer l'inflammation phlegmoneuse et la gangrène du sac anévrisimal, l'expérience ayant démontré qu'il faut au moins huit jours d'une application à l'autre.

Il faut se rappeler que dans la plupart des anévrismes qui sont guéris, la coagulation du sang se fit lentement et s'accomplit après beaucoup de temps; il est donc prudent d'attendre, lorsque, la réaction locale finie, on aperçoit un peu plus de consistance dans la tumeur, et quelque diminution dans son étendue et dans la force des pulsations.

En suivant ces règles, on peut parvenir à employer la galvanopuncture de la manière la plus efficace, et en même temps sans danger, aux anévrismes de l'aorte thoracique, au but d'en essayer les progrès ou de les guérir, pourvu qu'ils soient dans les conditions les

plus favorables, en associant à la galvano-puncture les moyens propres pour modérer les mouvements de la circulation et pour favoriser la coagulation du sang.

Anus contre nature.— M. LOUIS THOMAS (de Tours) adresse la note suivante :

I

ANUS CONTRE NATURE DE LA RÉGION OMBILICALE, OPÉRATION,
AMÉLIORATION, CAUTÉRISATION, GUÉRISON.

Mme F..., habitant Saint-Symphorien, près Tours, âgée de 48 ans, d'une bonne santé habituelle, mais douée d'un énorme embonpoint, portait depuis plusieurs années une hernie ombilicale peu volumineuse, réductible et habituellement maintenue par un bandage. Le 24 juin 1865, l'application du bandage fut négligée et la hernie s'étrangla. Des tentatives de réduction furent faites sans succès à plusieurs reprises, et la kélotomie fut pratiquée dès le lendemain du début des accidents d'étranglement.

La hernie renfermait de l'épiploon et une anse d'intestin grêle. Ces parties étranglées, ne présentant pas d'altération notable, furent réduites après le débridement, et la plaie pansée à plat. L'opération fut suivie de la disparition des accidents et du rétablissement du cours des matières. La plaie marcha régulièrement vers la cicatrisation, qui était complète trois semaines après.

A quelques jours de là, vers le 20 juillet, apparut, au niveau de la cicatrice, une petite tumeur qui acquit bientôt le volume d'une noix. Cette tumeur était fluctuante, et à son niveau la peau était si amincie, que, le 1^{er} août, elle présentait plusieurs orifices qui donnaient issue à des matières stercorales liquides. Cet écoulement, qui fut suivi de l'affaissement de la tumeur, augmenta les jours suivants, et prit bientôt des proportions telles, que la moitié des matières fécales environ suivait cette voie anormale. Plusieurs des orifices, à travers lesquels s'était ouvert cet abcès stercoral, s'oblitérèrent néanmoins; deux seulement persistèrent.

Le docteur Baugé, de Saint-Symphorien, médecin habituel de la malade, tenta d'obtenir l'oblitération de ces orifices, et mit en usage, à cet effet, la cautérisation avec le nitrate d'argent, puis ensuite avec la teinture d'iode, le rapprochement des bords des ouvertures et leur occlusion avec le diachylon, le taffetas d'Angleterre, le collodion, les serres fines, la compression avec des rondelles d'amadou,

une plaque de métal, l'application d'une grosse serre fine, la suture entortillée : tous ces moyens furent employés sans succès.

La malade, découragée, ne voulut plus se soumettre à d'autres moyens de guérison, considérant sa triste situation comme au-dessus des ressources de l'art ; elle resta sans rien faire jusqu'au mois de mars 1866, époque à laquelle je fus appelé à l'examiner.

Sur la paroi abdominale existait, au niveau de l'ombilic, une dépression infundibuliforme de 3 centimètres de diamètre environ. De la circonférence de cette dépression, des plis cutanés se dirigeaient en rayonnant vers le fond de l'infundibulum. Ces plis, ainsi que les téguments voisins, étaient rouges, et dans leur interstice la peau était légèrement ulcérée sur certains points. Le fond de cette dépression était occupé par un orifice ayant, dans le sens vertical, 6 à 7 millimètres de diamètre, tandis que les bords étaient presque en contact transversalement. Cet orifice livrait passage à des matières stercorales liquides. La malade ne pouvait dire combien de temps après les repas survenait cet écoulement, dont la quantité était du reste très-variable. Peu abondant parfois, il le devenait beaucoup plus dans d'autres moments ; souvent alors il était précédé de coliques. La malade avait tous les jours, par l'anus, à la suite de lavements, des selles de matières fécales. Ces selles étaient assez abondantes, et la malade estimait que les matières fécales sortaient à peu près en quantité égale par l'anus et par l'orifice ombilical ; l'avantage était peut-être cependant pour cette dernière voie.

Si l'écoulement par l'orifice anormal des matières contenues dans l'intestin indiquait l'existence d'un obstacle à leur cours régulier, la persistance des selles apprenait en revanche que cet obstacle ne s'y opposait pas d'une façon absolue et que l'intestin était encore perméable. L'insuccès des tentatives faites à diverses reprises pour fermer l'orifice ombilical et forcer la totalité des matières à suivre leur cours normal montrait, en outre, combien était grande la puissance de cet obstacle, dont il était impossible de déterminer la nature.

Je répétai les tentatives faites déjà par le docteur Baugé, et, malgré l'application de rondelles de taffetas, d'amadou, de diachylon, etc., que je disposai à différentes reprises sur l'orifice pour en obtenir l'occlusion, en même temps que, par leur intermédiaire, j'exerçais une compression assez énergique à l'aide d'un bandage de corps, je ne pus, non-seulement suspendre, mais même modérer l'écoulement anormal. Malgré ces conditions défavorables, je pensai qu'il y avait lieu d'intervenir et de tenter de débarrasser cette malheureuse femme de sa triste infirmité.

Voici le plan que je me proposais de suivre : Entourer, par une incision circulaire, la circonférence d'où rayonnent les plis cutanés qui se rendent à l'orifice anormal, disséquer ce lambeau par sa face profonde jusqu'au niveau de l'orifice, isoler ensuite le conduit qui va de cet orifice à l'intestin dans une étendue correspondant à l'épaisseur de la paroi abdominale; puis, renverser en dedans et aussi profondément que possible les bords de cet entonnoir, de façon que les surfaces saignantes se trouvent adossées, et les maintenir dans cette situation par plusieurs points de suture. Enfin les bords de la plaie, résultant de cette dissection, seraient réunis par d'autres points de suture, qui se trouveraient placés superficiellement par rapport aux premiers. Cette double suture, et le tampon formé par le lambeau dans l'intérieur du trajet, devraient opposer aux matières une barrière infranchissable. Une alimentation très-légère, l'administration de l'opium, continuée pendant plusieurs jours, dans le but de modérer les sécrétions intestinales, devraient également, en diminuant la quantité des matières, rendre plus facile leur cours régulier. Pendant ce temps, la cicatrice pourrait acquérir la solidité nécessaire pour lutter contre l'obstacle qui diminuait le calibre de l'intestin.

Mon savant et regretté maître Follin, auquel je montrai la malade, approuva mon plan et me fit l'honneur d'assister à l'opération, que je pratiquai, avec l'aide du docteur Baugé, le 9 avril 1866.

La malade étant chloroformée, je pratiquai une incision circulaire de 5 centimètres de diamètre, ayant pour centre l'orifice anormal, je disséquai les téguments jusqu'au niveau de cet orifice, et je dégageai, par des incisions circulaires, dans presque toute l'épaisseur de la paroi abdominale, le trajet intermédiaire. Je ne pus alors, ainsi que je me l'étais proposé, renverser dans son intérieur les téguments que j'avais disséqués, de façon à adosser leurs surfaces saignantes. La friabilité des tissus ne me le permit pas. J'avivai alors la face interne de l'entonnoir aussi profondément que possible, j'excisai les plis cutanés, et je divisai le lambeau circulaire, dont les deux faces étaient alors saignantes, par une incision verticale, en deux lambeaux latéraux. Ceux-ci furent réunis par trois points de suture métallique, que je passai aussi près que possible de l'orifice abdominal du trajet anormal. Je rapprochai ensuite, par quatre points de suture, les lèvres de l'incision circulaire que j'avais pratiquée au début de l'opération. Je fis un pansement simple soutenu par un bandage de corps, et ordonnai une pilule d'extrait d'opium (de 4 centigramme) toutes les heures.

Le soir même de l'opération, malgré cette double suture, les liquides intestinaux suintaient par l'angle inférieur de la plaie. Cet écoulement devint plus abondant les jours suivants. Huit jours après, l'opération, je retirai les fils; la plaie était réunie partiellement; il restait deux orifices séparés par un point. L'orifice supérieur, plus petit, avait à peine 2 millimètres de diamètre; l'inférieur, 4 ou 5 millimètres. L'écoulement, toujours fort abondant, l'était moins cependant qu'avant l'opération.

A quelques jours de là, je tentai l'occlusion de l'orifice à l'aide de rondelles de taffetas recouvertes d'une couche de collodion. Ce pansement, auquel je donnai une épaisseur de plus de 1 centimètre, rut bientôt décollé, et les matières s'écoulèrent par sa partie inférieure. Je résolus alors de mettre en jeu une puissance qui seule pouvait entrer en lutte avec l'obstacle qui s'opposait au cours des matières, je veux parler de la rétraction cicatricielle. A cet effet, j'eus recours à la cautérisation du trajet anormal avec le nitrate d'argent. Cette cautérisation fut pratiquée environ douze fois, du mois de mai au mois de septembre, c'est-à-dire à dix ou douze jours d'intervalle. Le lendemain ou le surlendemain de la cautérisation, la malade remarquait ordinairement une augmentation dans la quantité des matières qui s'écoulaient par l'anus contre nature, puis cet écoulement diminuait les jours suivants. Après quatre ou cinq cautérisations, l'orifice supérieur était oblitéré, l'orifice inférieur persistait; mais la malade qui, avant l'opération, était forcée de se changer plusieurs fois par jour, ne se changeait plus que le matin et le soir, exceptionnellement dans le milieu du jour. En même temps que se montrait une amélioration aussi notable, la malade, qui n'avait jamais éprouvé que des troubles digestifs assez légers, commença à ressentir, à des intervalles assez rapprochés, de très-violentes coliques. Leur durée était de plusieurs heures et elles étaient suivies d'un écoulement plus abondant de matières par l'orifice ombilical. Ces coliques me semblaient causées par l'engouement de la partie supérieure de l'intestin, par les matières qui, accumulées au-dessus de l'obstacle, faisaient effort pour le vaincre; à ce point de vue, je considérais ces coliques comme très-favorables à la guérison.

Vers la fin du mois d'août, je fis une dernière cautérisation. L'écoulement de matières fécales restait alors quelquefois plusieurs jours sans se produire, et ne survenait guère qu'à la suite de coliques, qui revenaient toujours aussi souvent, et parfois même avec une intensité qu'elles n'avaient jamais eue précédemment.

Depuis, j'avais eu plusieurs fois l'occasion de rencontrer cette ma-

lade, mais sans pouvoir l'examiner. De loin en loin il y avait un léger écoulement, ordinairement à la suite de coliques. La malade avait repris sa profession de marchande, que son infirmité l'avait forcée d'abandonner. Enfin, vers la fin de l'année, j'apprenais par plusieurs membres de sa famille qu'elle était guérie, mais qu'elle éprouvait toujours de très-violentes coliques.

Au mois de juin 1867, après un violent effort, elle ressentit, au niveau de l'ombilic, une très-vive douleur avec sensation de déchirure. Pendant trois jours la malade eut des vomissements fréquents, et la cicatrice de l'anüs contre nature résista complètement aux efforts qui en étaient la conséquence. Ce ne fut que vers la fin de la maladie que la cicatrice se déchira pour donner issue à une petite quantité de liquide intestinal. Cet écoulement se reproduisit plusieurs fois, en très-petite quantité, dans les semaines qui suivirent.

Actuellement, juillet 1868, il n'y a pas eu trace d'écoulement depuis près de dix mois. La cicatrisation de l'orifice anormal est complète. Mais la malade éprouve encore des coliques; il est vrai qu'elles sont moins fortes et moins fréquentes que par le passé. Ainsi, dernièrement, cette malade est restée près de deux mois sans en ressentir.

L'obstacle qui s'opposait au libre passage de la totalité des matières contenues dans l'intestin, et dont la nature reste indéterminée, se trouve donc enfin vaincu dans cette lutte qui s'était établie entre lui et la rétraction cicatricielle. Cette dilatation graduelle, mais forcée, aurait pu peut-être présenter des inconvénients plus grands que les coliques qu'a éprouvées et qu'éprouve encore la patiente. Tout danger est aujourd'hui passé, et la guérison définitivement assurée.

II

ANUS CONTRE NATURE DE LA RÉGION ILIAQUE. AUTOPSIE.

Dans le mois de juin 1867, une jeune fille de 15 ans, atteinte d'un anus contre nature de la région iliaque droite, succombait dans le service chirurgical de l'hôpital de Tours, dont je me trouvais momentanément chargé.

L'interne du service me fournit, sur cette enfant, les renseignements suivants : A l'âge de 7 ans, elle fut atteinte d'un abcès de la fosse iliaque droite. Le médecin qui lui donnait des soins fit une application de caustique de Vienne et incisa sur l'escharre. L'abcès fut vidé, et l'ouverture se ferma rapidement; mais la guérison ne fut

pas définitive; de temps en temps, la cicatrice s'ouvrait pour donner passage à du pus, et se refermait ensuite. Les choses continuèrent ainsi pendant quatre ans; à cette époque, des matières stercorales s'écoulèrent avec le pus. L'ouverture se cicatrisa cependant, mais, à des intervalles assez rapprochés, la cicatrice se déchirait et laissait écouler des mélanges de pus et de matières fécales.

En 1864, la malade avait alors 12 ans, l'ouverture devint permanente et continua à livrer passage aux matières stercorales, qui augmentèrent de quantité, si bien qu'après quelques mois la totalité des matières stercorales s'écoulait par cette voie anormale et qu'un anus contre nature se trouvait définitivement constitué.

Admise à l'hôpital le 7 avril 1866, cette jeune fille fut pendant longtemps soumise à l'usage de lavements, administrés dans le but de rétablir la perméabilité et de produire la dilatation du bout inférieur de l'intestin. Plus tard, le chirurgien dilata, avec l'éponge préparée, l'orifice anormal, afin de s'assurer de la situation de l'ouverture intestinale. Ces tentatives durent être abandonnées assez promptement : elles provoquèrent une suppuration assez abondante. La malade, qui était déjà très-épuisée, s'affaiblit davantage; la fièvre hectique survint, et elle succomba deux jours après que j'eus pris la direction du service. Le lendemain, je procédai à l'autopsie, dont voici le résultat :

Il existe, sur la partie inférieure et latérale droite de la paroi abdominale antérieure, au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure, une large ouverture à grand axe dirigé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, dans une étendue de 3 centimètres environ. Les bords de cette ouverture sont irréguliers, déchiquetés, amincis et décollés surtout en dedans, dans une étendue de plusieurs centimètres. Il en est résulté une cavité irrégulière, située au-dessous des tégumens, et au fond de laquelle on aperçoit un orifice circulaire de 2 centimètres de diamètre environ. Cet orifice étant incisé, on pénètre dans une cavité dont l'un des angles est occupé par l'ouverture intestinale. Cette ouverture siège sur l'intestin, et permet facilement l'introduction de l'extrémité du petit doigt dans sa cavité. Cette cavité, dans laquelle s'épanchaient les matières stercorales avant d'être versées à l'intérieur, est traversée dans toute son étendue par le bout inférieur de l'intestin très-rétréci, et présentant à peine le volume du petit doigt. Cette partie rétrécie de l'intestin, qui adhère en arrière à la paroi de la cavité, n'est autre que le cæcum; il est facile de voir qu'il se continue directement avec le colon.

A l'intérieur de l'abdomen, la dernière portion de l'intestin grêle et le cœcum se réunissent à angle aigu et adhèrent à la paroi abdominale dans l'étendue de quelques centimètres. L'iléon a conservé son volume normal, tandis que le colon est notablement diminué. L'intervalle qui sépare le cœcum et l'iléon, est occupé par le mésentère, l'épiploon et deux anses d'intestin unies par des adhérences.

L'intestin grêle étant incisé sur son bord libre, on trouve, à l'extrémité de cet intestin, une saillie proéminente dans sa cavité de 1 à 2 centimètres, recouverte par sa muqueuse, et présentant à son sommet un orifice. Cette partie saillante offre quelque analogie avec le gland et le méat urinaire. Un stylet entra droit dans le cœcum et le gros intestin. Cette saillie était libre dans la cavité de l'intestin et entourée par un cul-de-sac au fond duquel se trouve, en bas et en avant, l'ouverture intestinale de l'anus contre nature. Le sillon qui entoure la saillie que forme le cœcum dans la cavité de l'iléon fait défaut sur un point seulement de sa circonférence. Ce point, au-dessous duquel se trouve l'ouverture intestinale, m'a semblé formé par l'appendice iléo-cœcal.

L'intestin grêle présente donc ici, par rapport au cœcum, une disposition inverse de celle qu'on observe à l'état normal. Ce n'est plus l'intestin grêle dont les parois s'adossent pour faire saillie dans la cavité du cœcum et constituer la valvule de Bauhin; ici, c'est le cœcum qui fait saillie dans la cavité de l'intestin grêle. Cette disposition, jointe à la diminution du calibre du cœcum, créait à la guérison de l'anus contre nature un obstacle insurmontable.

Je ne ferai suivre d'aucune réflexion cette description d'une lésion dont je n'ai rencontré aucun exemple dans les différents recueils que j'ai pu consulter; je me bornerai, en terminant, à faire remarquer le siège de l'ouverture intestinale sur l'iléon, et ce qu'a d'insolite une pareille terminaison des abcès de la fosse iliaque.

DISCUSSION

Sur les corps fibreux utérins qui compliquent la grossesse et l'accouchement.

M. GUÉNIOT. Lorsque, dans une première communication, j'ai avancé, contrairement à une opinion aujourd'hui accréditée, que l'influence exercée par la grossesse sur les fibromes utérins est beaucoup moins évidente, et surtout plus exceptionnelle qu'on ne le croit généralement, je devais naturellement m'attendre à trouver des contradicteurs. Vous n'avez pas oublié que **MM. Depaul et Guyon** se sont

en effet constitués les défenseurs de la doctrine régnante. Déjà, auparavant, M. Forget s'en était déclaré partisan, et vous avez entendu, dans nos dernières séances, M. Tarnier se prononcer dans le même sens. Si donc, comme je le pense, cette doctrine si chaleureusement défendue est cependant encore mal assise et ne repose jusqu'ici que sur des données insuffisantes, il importe que je vous fasse connaître les raisons d'une telle dissidence avec nos savants collègues.

D'ailleurs, messieurs, le sujet de ce débat est assez important pour mériter un examen approfondi. Il ne s'agit pas seulement d'une question d'anatomie et de physiologie pathologique; mais la pratique des accouchements est encore intéressée à une bonne solution du litige. Si, en effet, la grossesse exerce réellement une action sur les fibromes utérins, en provoquant leur vascularisation, leur ramollissement et leur hypertrophie, on conçoit que les déterminations du clinicien pourront être, dans nombre de cas, fort différentes de ce qu'elles seraient en l'absence de ces modifications anatomiques. Le pronostic de la grossesse et de l'accouchement devra lui-même nécessairement varier, selon que les altérations futures du néoplasme seront jugées plus ou moins probables. J'ajoute que si l'importance pratique de la question ne vous paraissait pas encore évidente, il me suffirait sans doute, pour la rendre telle, de vous citer l'opinion suivante du docteur Ingleby, de Birmingham : « Au lieu, dit-il, de provoquer l'accouchement avant terme, comme l'a proposé le docteur Ashwel, ne vaudrait-il pas mieux abandonner les choses à elles-mêmes, vu la possibilité de résoudre les tumeurs par le travail de ramollissement qu'elles subissent sous l'influence de la grossesse ? » (*Arch. de méd.*, 1839, 3^e série, t. V, p. 242.)

Vous le voyez, voilà pour ainsi dire toute une pratique conseillée d'après cette croyance que la grossesse ramollit les hystéromes. Il est donc bien essentiel d'être édifié sur la valeur réelle d'une théorie qui peut provoquer de telles déductions.

Permettez-moi maintenant, avant d'entrer dans le corps de la discussion, de rappeler les deux conclusions par lesquelles j'ai terminé ma première communication. Il est d'autant plus nécessaire d'en reproduire la teneur, que mes honorables contradicteurs (qu'ils veulent bien me pardonner cette remarque) me semblent les avoir trop oubliées en me prêtant parfois une opinion, je ne dirai pas *contraire*, mais absolument différente de celle que j'ai cherché à faire prévaloir. En effet, après un examen rapide du sujet, je me suis cru autorisé à conclure :

« 1^o Que la réalité des modifications imprimées à certains fibromes

utérins *par* la gestation, quoique très-vraisemblable, manque cependant encore d'une rigoureuse démonstration;

« 2° Que l'influence dont il s'agit étant supposée incontestable, on ne saurait du moins la considérer jusqu'ici que comme un fait purement exceptionnel. »

Je n'ai donc pas nié que les fibromes utérins pussent se ramollir et s'hypertrophier *pendant* la grossesse. Ce fait est d'une telle évidence, qu'il ne peut constituer la matière d'un débat. J'ai d'ailleurs cité moi-même plusieurs cas de ce genre; mais ce que j'ai cru pouvoir contester, c'est qu'il fût scientifiquement démontré que la gestation est l'*agent provocateur*, la *cause active* de ce ramollissement ou de cette hypertrophie. Il s'agit de savoir, en un mot, si les altérations que subissent parfois les fibromes utérins dans le cours de la grossesse sont réellement produites par la gestation elle-même, ou bien, au contraire, si elles ne sont pas simplement la conséquence de l'évolution naturelle des tumeurs, la grossesse n'ayant pris aucune part évidente à leur manifestation. Voilà, si je ne m'abuse, quel est le vrai point en litige.

Puisque MM. Depaul et Guyon, ainsi que MM. Forget et Tarnier, sont, sur cette question, en dissidence avec moi, c'est apparemment qu'ils considèrent comme *rigoureusement démontrée* la doctrine qu'ils défendent. Voyons donc, à mon avis, ce qu'il convient d'en penser.

1° RAMOLLISSEMENT. — De ce qui concerne le ramollissement des tumeurs, un certain nombre d'observations anciennes ou encore inédites ont été successivement produites à cette tribune, dans le but de démontrer que la grossesse était bien la cause de cette altération. MM. Depaul et Tarnier en ont surtout mentionné plusieurs qui leur sont personnelles, et dans lesquelles l'examen digital du néoplasme leur avait paru révéler une mollesse plus ou moins évidente. Mais tous ces faits, dont je suis loin de nier la réalité, ont-ils bien la valeur et la signification qu'on leur attribue? Je ne le pense pas.

En effet, les exemples de mollesse fluctuante, et même de suppuration des hystéromes, ne sont pas absolument rares dans l'état de vacuité, c'est-à-dire en dehors de toute influence de la gestation. Je pourrais même dire qu'ils sont relativement assez nombreux. Le docteur Caillard a rapporté dans sa thèse (Paris, 1833, n° 307) l'observation d'une femme de 40 ans qui succombe à des symptômes de fièvres hystérique, celle-ci étant déterminée par une tumeur fibreuse suppurée de la matrice. Or, cette femme avait un col utérin « dont les caractères étaient ceux d'un col de *nullipare*. » Une action quelconque dépendante de la grossesse ne peut donc être invoquée. Ce-

pendant, à l'autopsie, on trouva la matrice grosse comme une tête d'enfant, et, dans l'épaisseur de sa paroi, une poche purulente où se remarquaient trois ou quatre fibromes isolés et flottants. N'est-ce pas là, il faut en convenir, un fait d'une remarquable analogie avec celui qu'a relaté M. Hugnier dans nos Bulletins, t. VIII, p. 98, de 1857 ? et vous n'ignorez pas que ce dernier a été souvent invoqué comme une preuve de l'action de la grossesse sur les altérations des corps fibreux.

En 1826, M. Pinault, de Rennes, présentait à la Société anatomique un utérus intact qui était développé comme à six mois de conception. Cet organe avait appartenu à une femme morte dix jours après son entrée à l'hôpital, et chez laquelle on avait en effet diagnostiqué une grossesse d'environ six mois. C'était, dit M. Cruveilhier, un véritable problème anatomique que M. Pinault proposait à la Société. S'agissait-il réellement d'une grossesse ou d'un kyste, ou de toute autre tumeur fluctuante. Chacune de ces opinions trouva des défenseurs. La matrice fut enfin ouverte, et l'on reconnut que la tumeur était un corps fibreux ramolli.

Plusieurs observations analogues se trouvent consignées dans l'excellente thèse du docteur Caternault (*De la Gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses péri-utérines*. Strasbourg, 1866, n° 942). Dans la première, par exemple, le ramollissement de la tumeur était tel, que ce caractère, réuni à quelques autres, fit penser qu'on avait affaire à un kyste de l'ovaire. Deux ponctions furent successivement pratiquées dans le point le plus fluctuant; mais elles furent sans résultat. Il s'agissait « d'un corps fibreux interstitiel de la matrice, développé sur le fond de l'organe, à son angle gauche. » Cette même mollesse conduisit pareillement, dans l'observation VI, à une semblable erreur. Plusieurs ponctions furent également faites dans la tumeur, qui n'était autre qu'un fibrome utérin du poids de 5 kilogrammes.

Tout dernièrement, M. Demarquay me citait deux faits qui lui sont personnels, et exactement semblables aux précédents. Lui aussi pratiqua des ponctions dans ces tumeurs fluctuantes, qu'il croyait être des kystes ovariens, et l'autopsie lui révéla qu'il s'agissait de fibromes utérins. Ces erreurs ne rappellent-elles pas trait pour trait celles que M. Tarnier a citées comme si convaincantes, parce qu'elles avaient eu lieu dans le cours de la gestation ? Je pourrais rappeler encore bien d'autres cas du même genre, tel que l'un rapporté par M. Luyat (*F. Guyon, thèse d'agrég.* Paris, 1860, p. 27); un autre publié par M. Barth, etc. Mais ceux que je viens de mentionner suffisent à démontrer que le ramollissement des fibromes utérins peut s'effectuer d'une

manière tout aussi complète, en dehors de la grossesse que pendant la grossesse elle-même.

Mais, du moins, ce ramollissement des hystéromes (pour employer l'expression de M. Broca) s'observe-t-il communément dans le cours de la gestation? Eh bien, je ne suis pas en mesure d'en préciser la proportion relative; mais ce que je puis dire, c'est que les faits abondent (et des faits avec autopsie), dans lesquels ces néoplasmes ont été trouvés d'une *dureté fibreuse* ou même *cartilagineuse*, soit pendant, soit immédiatement après la grossesse. Permettez-moi de vous en citer quelques-uns à titre d'exemples.

Dans le cas si remarquable et si connu de M. Danyau (*Revue méd.-chirurg. de Paris*, 1851, t. IX, p. 299), cas où le fibrome dut être enlevé pour permettre l'accouchement, il est dit que « la consistance générale était *très-ferme*. » Et cependant, remarquez-le bien, il s'agissait d'une tumeur qui « probablement » s'était développée d'une façon *rapide*. Elle pesait 650 grammes, et son début supposé ne datait pas de plus de six ou sept mois. Malgré ces conditions, la tumeur était *très-ferme*. Il est bien vrai que M. Danyau ajoute : « A la face antérieure de la tumeur, et même un peu à sa partie inférieure, le tissu, au moins superficiellement, était mou, inégal, presque fongueux. » Mais cette remarque ne détruit nullement la valeur de l'observation principale, à savoir que *la consistance générale de la tumeur était très-ferme*. J'aurai d'ailleurs à m'expliquer ultérieurement sur la nature de ces ramollissements superficiels de certains fibromes *très-durs* dans leur masse.

M. Cruveilhier a figuré, dans son *Atlas d'anatomie pathologique* (XI^e liv., p. 45) la matrice d'une femme morte de péritonite quelques jours après l'accouchement. Cette matrice, recueillie par Désormeaux, portait à sa partie supérieure un fibrome interstitiel du volume de la tête d'un fœtus à terme. Or, il est dit que « la densité du corps fibreux, sa blancheur nacréée, contrastaient avec la mollesse et la vascularité du tissu utérin. » (*Traité d'Anat. path.*, t. III, p. 698.)

M^{me} Lachapelle (*Mémoires*, t. III, p. 382) cite également le cas d'une femme qui succomba aux suites d'un travail laborieux, et chez laquelle on découvrit « l'existence d'une tumeur dure et d'un tissu fibro-cartilagineux, développée dans l'épaisseur de la lèvre postérieure de l'orifice utérin. »

D'Outrepoint (*Arch. de méd.*, 1830, 1^{re} série, t. XXIII, p. 121) en produit un autre où l'on voit que trois tumeurs furent trouvées dans l'utérus d'une femme morte peu d'instant après sa délivrance. Et

« ces trois tumeurs étaient d'une structure cartilagineuse, ne pouvaient être comprimées, et ne contenaient ni cavité, ni esquilles osseuses. »

L'observation du docteur Thibault (*Bull. de la Soc. anat.*, 1844, t. XIX, p. 166), dont a déjà parlé M. Tarnier en la rangeant, bien à tort, parmi les tumeurs ramollies, est encore un exemple du même genre. A l'autopsie, en effet, cette tumeur, qui avait forcé Malgaigne de pratiquer l'opération césarienne, fut trouvée « en grande partie formée d'un tissu blanc, » tandis que, dans certains points, elle présentait des noyaux teintés en rose par des vaisseaux capillaires.

Pendant que j'étais chef de clinique à l'hôpital de la Faculté, j'ai examiné avec M. Depaul, qui, sans doute, n'a pas oublié le fait, une femme d'environ 35 ans, accouchée depuis 12 jours d'un enfant que nous trouvâmes bien portant. Le médecin et la sage-femme qui avaient présidé au travail, trompés par l'existence d'une grosse tumeur abdominale, avaient soumis la patiente à une vraie torture, lui administrant du seigle ergoté, l'explorant de toute façon et la faisant marcher sans pitié, dans le but de provoquer l'expulsion d'un second enfant. Mais ce jumeau retardataire n'était autre qu'un énorme fibrome développé sur le fond de l'utérus. Or cette tumeur, d'un diagnostic non douteux, offrait une dureté fibreuse toute caractéristique.

Enfin, pour clore cette revue, je me bornerai à ajouter que d'autres cas semblables se trouvent relatés par Deneux (*Lancette franç.*, 1829, t. II, p. 10), par Ingleby (*Arch. de méd.*, 1839, 3^e série, t. V, p. 242), et par divers autres que j'ai déjà mentionnés dans ma communication de juillet 1868. — A propos de cette dernière source d'indications, permettez-moi de compléter ici un renseignement. L'observation de la *Gazette des hôpitaux*, 1864, p. 197, ne fait pas mention de la consistance ferme de la tumeur. Mais mes propres souvenirs, ceux de M. Tarnier, qui a présenté la pièce à la Société anatomique, et les difficultés que le fibrome suscita dans l'accouchement, témoignent suffisamment qu'il ne s'agissait point d'un tumeur ramollie.

Ainsi, messieurs, les faits qui précèdent démontrent surabondamment, je pense : d'une part, que le ramollissement des fibromes s'observe parfois à un très-haut degré dans l'état de vacuité des femmes, c'est-à-dire en dehors de toute influence provenant de la grossesse, et, d'autre part, qu'il n'est pas rare de trouver, pendant la gestation, de ces mêmes tumeurs qui conservent leur dureté fibreuse ou semi-cartilagineuse.

Comment donc, en présence de ces faits, peut-on conclure que c'est la gestation qui a provoqué le ramollissement, quand on vient constater celui-ci, soit dans son cours, soit peu de jours après l'accouchement ? Sans compter qu'il ne serait pas superflu de savoir, au préalable, si le ramollissement n'existait pas dès avant le début de la grossesse, il faudrait au moins que l'une ou l'autre des conditions suivantes eût été réalisée : il faudrait, ou bien que l'on eût démontré la fréquence plus grande du ramollissement pendant la grossesse, ou bien que ce ramollissement fût aussi passager que la grossesse elle-même, c'est-à-dire que, né dans son cours, il diminuât après elle, pour disparaître bientôt d'une manière complète. Alors, en effet, l'influence de la gestation sur la production du phénomène serait vraiment incontestable. Mais en est-il ainsi ? C'est ce que, jusqu'ici, aucun de mes contradicteurs n'a essayé de démontrer. Je me trompe : M. Depaul a relaté trois observations qui seraient très-significatives si les assertions touchant la diminution de consistance n'avaient été émises avec une certaine réserve. J'aurai d'ailleurs à revenir sur ces trois faits importants, qui méritent un examen spécial. Pour le présent, ce que je tiens à constater, c'est que ni l'une ni l'autre des conditions indispensables pour une démonstration rigoureuse n'a été réalisée d'une manière complètement satisfaisante.

2° HYPERTROPHIE. — Si pour affirmer que la grossesse active le développement des hystéromes, il suffisait de montrer que, dans un cas donné, les dimensions du néoplasme se sont accrues pendant la gestation, certainement on pourrait admettre comme démonstrative l'observation de M. Danyau, que M. Guyon a surtout invoquée. Mais il s'en faut que la solution du problème soit aussi simple, ainsi que j'espère le démontrer.

D'ailleurs, il est essentiel de ne pas confondre l'accroissement modéré, progressif et *normal*, si je puis ainsi dire, des fibromes utérins avec leur accroissement brusque ou *exceptionnellement rapide*. Le premier appartient en propre à la *marche naturelle* de ces néoplasmes ; et, quand on le constate dans le cours d'une grossesse, il ne prouve qu'une chose, c'est que la grossesse n'a pas mis obstacle à sa production. Telle est, pour citer un exemple, l'interprétation qu'il convient, selon moi, de donner à l'observation que M. Forget a citée en faveur de la doctrine, et dont j'ai déjà fait la critique dans ma première communication. Quant au second mode d'accroissement, c'est-à-dire à celui qui s'opère avec une grande rapidité, et qui seul ici mérite le nom d'*hypertrophie* (accroissement d'une rapidité anormale), lorsqu'on le remarque dans les hystéromes, on est, sans doute, en droit

d'en rechercher la cause ailleurs que dans l'évolution naturelle du fibrome lui-même ; mais encore reste-t-il à savoir s'il convient de l'attribuer à la gestation quand il se trouve avoir lieu dans son cours. C'est ce que je vais maintenant examiner.

Vous n'avez pas oublié que, dans le cas de M. Danyau, auquel je viens de faire allusion, un corps fibreux utérin, du poids de 650 gr., paraît s'être développé, pendant une grossesse, dans l'espace de six mois seulement. A ce fait, le seul qui ait été allégué par nos collègues avec un tel cachet de précision, je pourrais en ajouter deux qui offrent la même signification en faveur de la théorie que je discute.

C'est d'abord le cas de d'Outrepont dont j'ai parlé précédemment. Il s'agit d'une femme qui cessa d'être menstruée à l'âge de 45 ans, se maria l'année suivante, et devint presque aussitôt enceinte. A six mois de grossesse, une exploration du ventre permit de constater l'existence de trois tumeurs fibreuses de l'utérus. La plus volumineuse parut être longue de 8 pouces et large de 6. Quant aux deux autres, elles avaient à peu près « 3 pouces de longueur et de largeur. » L'accouchement eut lieu dans le neuvième mois, et la malade mourut d'hémorrhagie quelques instants après la délivrance. Or, à l'autopsie, on trouva que la grosse tumeur, « située au côté gauche de la matrice, avait dix pouces de longueur et huit de largeur, et que les deux autres, globuleuses comme la précédente, étaient hautes d'un pouce et demi et larges de 3 et demi. » Voilà donc un nouveau cas dans lequel l'une des tumeurs au moins (la plus volumineuse) paraît avoir augmenté, dans l'espace de 3 mois, de 2 pouces en longueur comme en largeur. Quant aux deux autres, l'ambiguïté de la rédaction laisse du doute sur la réalité d'une modification de volume. Mais il n'importe ; les mensurations de la première semblent offrir une précision suffisante.

Le second fait est celui qu'a relaté M. Thibault dans les *Bulletins* de la Société anatomique. Il est noté dans l'observation, que la femme portait, pendant la grossesse, une tumeur qui « augmenta beaucoup de volume. » Quoique la simple mention d'une augmentation même considérable de volume ne soit peut-être pas de nature à entraîner toutes les convictions, cependant je veux bien accepter le texte ci-dessus comme l'expression exacte de ce qui eut lieu pendant la gestation.

Voilà donc trois observations dans lesquelles les tumeurs utérines paraissent s'être notablement accrues pendant la gestation. Que mes savants contradicteurs veuillent bien, comme l'a fait M. Tarnier, en ajouter d'autres semblables, s'ils en possèdent, peu importe. Quelle

induction décisive pourront-ils en tirer à l'appui de la théorie qu'ils défendent ? Absolument aucune. Pour que ces faits eussent la valeur que nos collègues leur attribuent, il faudrait que semblable hypertrophie n'eût jamais été observée en dehors de la gestation, ou du moins qu'elle fût notoirement plus rare dans la vacuité que dans la grossesse. Or, en est-il ainsi ? Jugez-en plutôt.

La thèse que j'ai déjà citée, du docteur Caternault, peut fournir à cet égard des données tout à fait significatives. Ainsi, dans l'observation II, une tumeur fibreuse avait acquis en 6 ou 7 ans un poids de 7 kilogrammes, c'est-à-dire 1 kilogramme en moyenne par année, et cela en dehors de toute influence due à la grossesse. L'observation VI présente un exemple du même genre, et plus accentué, puisque le fibrome pesait 5 kilogrammes et ne datait que d'une année. Mais voici qui est plus remarquable et plus décisif encore. Dans l'observation I, il s'agit d'une demoiselle de 24 ans, chez laquelle une tumeur fibreuse de l'utérus fut enlevée par M. Kœberlé. Cette tumeur, dont le début ne remontait pas au delà de 5 ans, pesait 33 kilogrammes. Elle avait donc augmenté en moyenne de plus de 6 kilogrammes par année ; et cela, je le répète, en dehors de toute grossesse.

Vous le voyez, messieurs, la tumeur de 650 grammes enlevée par M. Danyau est fort loin d'avoir présenté un accroissement aussi rapide. Et il en est de même des tumeurs de d'Outrepoint et du docteur Thibault. On ne peut donc pas invoquer ces faits comme une preuve rigoureuse à l'appui de la doctrine qui est en cause.

Mais M. Depaul a insisté sur une autre particularité. Il a cité quelques faits dans lesquels le fibrome avait progressivement diminué de volume, s'était atrophié, en un mot, à la suite de la gestation. Mon savant maître a particulièrement rappelé l'histoire d'une dame de Laon, chez laquelle, moins d'une année après un avortement au quatrième mois, un fibrome qui remplissait auparavant l'excavation pelvienne avait perdu plus du tiers ou de la moitié de son volume. Et de ce fait M. Depaul conclut que le fibrome avait dû s'hypertrophier pendant la grossesse. Assurément, je ne puis affirmer qu'il n'en a pas été ainsi, car la chose ne présente rien d'impossible. Mais je demanderai si une telle supposition est bien ce qu'il y a de plus probable, et surtout si elle peut constituer une preuve rigoureuse en faveur de la thèse en litige. Comment, en effet, admettre sans une certaine réserve qu'une gestation de quatre mois ait exercé une action si puissante et si prolongée : si *puissante* en provoquant une hypertrophie énorme du fibrome, et si *prolongée* en entretenant pen-

dant plusieurs années un travail atrophique qui, à l'heure actuelle, selon M. Depaul, se poursuit peut-être encore ?

Même en admettant que l'avortement ait été réellement, je ne dirai pas le point de départ (cela est incontestable), mais la cause active ou provocatrice de ce travail atrophique, est-on fondé à conclure que c'est là une preuve que le fibrome s'était hypertrophié dans le cours des quatre mois de gestation ? Je ne le pense pas, et voici pourquoi. D'abord il n'est pas sans exemple que des fibromes utérins se soient atrophiés alors que les femmes n'avaient jamais été enceintes. Cazeaux a cité un cas de ce genre qui se trouve consigné dans nos propres Bulletins (1857, t. VIII, p. 95). Il s'agit d'une jeune personne de Bayonne, qui était atteinte d'une tumeur volumineuse de l'abdomen. Celle-ci, diagnostiquée *fibrome utérin* par MM. Velpeau et Bricheteau, se trouvait six mois après considérablement amoindrie, et, finalement, elle disparut. Ici la grossesse n'avait joué aucun rôle. Pareillement, lorsque M. Cruveilhier dit (*Anat. path.*, t. III, p. 658) : « J'ai vu plusieurs fois des corps fibreux se réduire d'une manière très-remarquable, » il ne mentionne pas que ce soit après un accouchement plutôt que dans les conditions ordinaires. Il est donc très-probable qu'une circonstance aussi propre à frapper l'esprit que l'est un accouchement récent n'eût pas manqué d'être signalée, si l'observation n'avait été faite, au moins quelques fois, en dehors de toute circonstance de cette nature. La simple constatation d'un travail atrophique succédant à une grossesse n'autorise donc pas à conclure que cette atrophie est bien due à la cessation de la grossesse, et moins encore qu'elle est l'indice d'une hypertrophie antérieure développée sous l'influence de la gestation.

Mais voici qui est plus net et plus décisif encore. S'il faut en croire un auteur bien connu de nous tous par la valeur de ses travaux, le professeur Scanzoni, un fibrome volumineux et de *très-ancienne date* serait susceptible de disparaître complètement après une grossesse. Ce passage d'ailleurs mérite d'être cité textuellement : « Nous vîmes, dit le savant gynécologue, un corps fibreux de la grosseur d'une tête d'homme, dont le diagnostic était parfaitement sûr, disparaître pendant les couches d'une manière si complète, que, six semaines après l'accouchement, l'on ne pouvait plus découvrir une trace de cette tumeur qui avait existé *pendant onze ans* (*Traité prat. des maladies de la femme*, trad. Dor et Socin, Paris, 1858, p. 189). » Ce fait serait vraiment incroyable s'il n'était affirmé par un savant de la valeur de Scanzoni. Mais si on l'admet comme avéré, M. Depaul ne sera pas fondé à conclure de l'atrophie considérable reconnue chez

la dame de Laon, à la certitude que le fibrome s'était hypertrophié pendant les quatre mois de grossesse. La tumeur dont parle Scanzoni s'est atrophiée, comme on le voit, d'une manière bien plus complète et plus rapide ; et cependant elle ne datait pas de la gestation, puisqu'elle existait depuis onze ans.

Pour toutes ces raisons, je crois donc pouvoir légitimement contester la valeur et la signification que mes contradicteurs attribuent, *d'une part*, à l'augmentation de volume des hystéromes plusieurs fois constatée pendant la grossesse, et, *d'autre part*, à l'atrophie de ces tumeurs quelquefois observée après la gestation.

Ah ! il en serait tout autrement s'il s'agissait des mêmes tumeurs dont on aurait suivi l'accroissement dans le cours de la grossesse et la diminution après l'accouchement. Ces deux circonstances, réunies dans une *même observation*, constitueraient, non plus, comme dans les cas précédents, des demi-faits d'une signification très-douteuse, mais des faits complets d'une valeur capitale. Parmi les cas que M. Depaul a relatés devant vous, il en est trois qui présentent à divers degrés ce caractère de rigueur. Je dois le dire, ces trois cas forment un appoint sérieux en faveur de la doctrine, et ils méritent un examen particulier. Mais, avant de l'entreprendre, permettez-moi de répondre en quelques mots à certaines objections qui m'ont été adressées.

Je ne ferai que rappeler ici l'observation, d'ailleurs si intéressante, que M. Guyon m'a opposée, et dans laquelle notre collègue, attribuant à un hystérome des effets qui, selon moi, étaient exclusivement dus à la congestion menstruelle du *tissu utérin*, crut pouvoir conclure *a fortiori*, de ce qui se passait pendant les règles, à ce qui devait avoir lieu pendant la grossesse. En répondant à l'objection de notre collègue dans une de nos récentes discussions, je crois avoir suffisamment indiqué ma manière de voir sur la valeur de ce fait, comme sur celle d'un cas presque identique que M. Bailly a relaté devant la Société. Ces deux observations, à mon sens, ne prouvent pas plus en faveur de la doctrine qu'elles ne tendent à l'infirmier. Je ne m'y arrêterai donc pas davantage.

M. Guyon m'a objecté encore que, les corps fibreux se développant surtout dans cette période de la vie où la femme est apte à devenir enceinte, il est dès lors extrêmement probable que la grossesse exerce une certaine influence sur la marche de ces tumeurs. Mais, messieurs, pourquoi ne dirait-on pas, en vertu de cette même coïncidence, qu'il est probable aussi que la grossesse engendre les corps fibreux ? Cette dernière hypothèse serait-elle beaucoup plus invrai-

semblable que la première ? Je ne le crois pas. Seulement, dans ma pensée, l'une et l'autre manquent également de preuves. Si la grossesse exerçait cette action sur les corps fibreux, ne devrait-on pas voir que les femmes qui ont eu le plus d'enfants sont aussi celles qui sont le plus souvent affectées d'hystéromes ? Et les vierges, au contraire, ne devraient-elles pas en être plus souvent indemnes que les femmes qui ont eu un certain nombre de grossesses ? Or, loin d'observer de tels résultats, vous savez que des résultats diamétralement opposés ont été longtemps considérés comme étant l'expression exacte des faits. Aujourd'hui, sans partager les exagérations de Bayle, on ne serait cependant pas fondé à admettre, sur ce point, une doctrine égale à la sienne. Rien donc, à mon avis, n'est plus contestable que l'hypothèse formulée par M. Guyon.

A M. Tarnier, qui ne comprend guère comment grossesse et fibrome pourraient vivre côte à côte sans que l'une exerçât sur l'autre une action plus ou moins manifeste, il me sera, je crois, facile de répondre. M. Tarnier ne le comprit-il pas, certains faits avec *autopsie* que j'ai rapportés précédemment, ceux entre autres de Désormeaux, de M^{me} Lachapelle et de d'Outrepont, n'en prouvent pas moins de la façon la plus péremptoire que des fibromes peuvent conserver, jusqu'à la fin de la gestation, une dureté fibreuse ou cartilagineuse. Sans doute, en considérant la richesse vasculaire du tissu utérin pendant la grossesse, en considérant son hypertrophie si remarquable, sa vitalité si grande, on se trouve naturellement conduit à penser que les hystéromes doivent participer à cette suractivité de nutrition. On doit le penser d'autant mieux que la constitution anatomique de ces néoplasmes est sensiblement la même que celle du tissu de la matrice. Mais, messieurs, conclure immédiatement, c'est conclure beaucoup trop tôt, parce que l'on a négligé l'une des faces importantes du problème.

En effet, d'une part, s'il est vrai que les hystéromes présentent bien les mêmes éléments anatomiques que le tissu utérin, il est vrai aussi que ce sont seulement les hystéromes en voie de développement, ceux qui n'ont subi encore aucune altération dans leur texture ou leur composition. Mais il en est d'autres qui ont éprouvé déjà ces altérations, qui sont pénétrés de molécules graisseuses, calcaires ou autres, et qui compliquent la grossesse tout aussi bien que les premiers. Pour ces corps fibreux altérés, qui ne sont point rares, vous le savez, mes contradicteurs conviendront que l'argument tiré d'une similitude de structure avec le tissu utérin perd ici toute sa valeur. D'une autre part, que mon ami M. Tarnier veuille bien

se représenter la densité et la dureté habituelles des fibromes, leur absence ordinaire de toute vascularisation, leur privation complète de vrai pédicule, ou plutôt de *hile nutritif*, l'espèce d'isolement dans lequel ils se trouvent au milieu même du tissu utérin, entourés qu'ils sont d'une enveloppe celluleuse, et parfois d'une véritable bourse séreuse ; que notre collègue considère, en un mot, la vitalité si rudimentaire et si obscure de ces corps parasitaires ; puis qu'il la mette en parallèle avec la vitalité, au contraire, si prodigieuse du fœtus, avec cette richesse vasculaire sans égale du placenta, richesse qui fait de cet organe un instrument d'absorption ; que notre collègue, dis-je, veuille bien se représenter toute cette série complexe de faits anatomiques, et alors il lui sera moins difficile de comprendre comment le fœtus, assimilant à son profit tous les matériaux de nutrition, pourra acquérir en neuf mois plus de 3 kilogrammes de substance, tandis qu'un fibrome voisin, complètement étranger au travail plastique qui l'entoure, ne présentera dans le même temps aucune modification, soit dans son volume, soit dans sa consistance. Ai-je besoin de rappeler ici que l'enfant, né d'une femme atteinte de fibrome utérin, ne le cède en rien, quant au développement, à celui qui est issu de la grossesse la plus normale ? Au reste, quelle que soit la valeur de ces remarques, les faits péremptoirs que j'ai cités en disent plus sur ce sujet que toutes les théories et toutes les hypothèses.

J'arrive maintenant aux trois faits que nous a relatés M. Depaul, c'est-à-dire à celui de M^{me} L... et à ceux que mon savant maître a observés, l'un avec M. Lasègue et l'autre avec M. Rotureau. J'ai déjà dit qu'à mes yeux, ils constituaient un sérieux appoint pour la solution du problème. C'est qu'en effet, à la différence de toutes les observations (sans exception) qui ont été produites jusqu'ici en faveur de la doctrine, eux seuls se présentent avec le caractère de faits *complets*, parce que leur relation embrasse tout à la fois la période de la grossesse et la période qui lui succède. Or, il est aisé de comprendre que, si l'on constate pendant la gestation des modifications de volume ou de consistance dans les fibromes utérins, et que ces modifications, aussi passagères que la gestation elle-même, soient suivies d'un retour à l'état primitif des tumeurs, il est aisé de comprendre, dis-je, qu'on sera dès lors autorisé à croire que ces altérations étaient bien dues à l'existence de la grossesse. Les faits de cette nature offrent donc une valeur exceptionnelle, et ce sont eux qu'il convient de recueillir pour juger la question. Malheureusement, je dois le dire, leur observation rigoureuse est pleine de difficultés.

J'ai déjà fait remarquer dans ma première communication (et

je n'y reviendrai pas) que les fibromes interstitiels et les fibromes sessiles sont quelquefois refoulés et comme expulsés de la paroi utérine par la pression excentrique de l'œuf. Ils deviennent ainsi plus saillants et augmentent de volume pour l'observateur, tandis qu'en réalité leurs dimensions n'ont pas changé. Je sais que M. Depaul n'accepte pas cette manière de voir ; mais l'explication qu'il donne, en opposition avec la mienne, de l'aplatissement de certains fibromes, ne me semble guère admissible en vertu de ce fait, que les hystéromes sont isolés du tissu propre de la matrice par une enveloppe celluleuse plus ou moins complète. Il n'y a pas, en un mot, entre les deux, continuité de tissu. Dès lors on conçoit difficilement que la paroi utérine en se développant puisse, comme le veut M. Depaul, élargir et pour ainsi dire étaler les tumeurs qu'elle recèle dans son épaisseur. J'ajouterai que Churchill, pour se rendre compte des différences complètes de résultats obtenus par Simpson et par lui dans le traitement des hystéromes, formulait déjà, il y a plusieurs années, une opinion analogue à la mienne. « Il faut être en garde, dit-il, contre une disposition anatomique que j'ai rencontrée plusieurs fois ; la tumeur paraît moins grosse quand elle n'est que moins préminente. Mobile par suite de sa position, elle a été repoussée en arrière et recouverte en partie par les intestins distendus. » (Churchill ; traduct. Wieland et Dubresay, Paris, p. 1866, 338.)

D'une autre part, relativement à l'appréciation de la consistance des tumeurs, qu'on veuille bien se rappeler que l'exploration sur le vivant ne peut jamais être directe (à moins qu'il ne s'agisse d'un polype) ; que des couches plus ou moins épaisses de tissus divers séparent toujours le doigt de la tumeur, et enfin que toutes ces couches ou enveloppes étrangères au fibrome participent au ramollissement et à la souplesse du tissu propre de la matrice. Alors, vraisemblablement, on aura ainsi l'explication de ce *ramollissement superficiel* que M. Depaul a constaté dans certains fibromes dont la masse était très-ferme.

En énonçant toutes ces difficultés d'une observation exacte sur le vivant, je ne voudrais pas, messieurs, qu'il fût compris qu'elles détruisent la valeur des faits relatés par M. Depaul. Mieux que personne, mon savant maître, aux côtés duquel j'ai moi-même appris à les connaître, sait les éviter ou, tout au moins, beaucoup les atténuer. Mais il me semble qu'elles doivent, toutefois, servir à distinguer, parmi les trois observations de M. Depaul, deux catégories d'une valeur inégale. La première, composée des deux faits observés avec MM. Lasègue et Rotureau, présente peut-être, en effet, moins

la garantie contre toute inexactitude dépendant des difficultés réindiquées, que la seconde comprenant l'observation circonstanciée de M^{me} L... Relativement à cette dernière, j'ajouterai même que les détails concernant les deux tumeurs non pédiculées me paraissent, pour le même motif, avoir aussi une valeur beaucoup moins grande que ceux qui ont trait au fibrome pédiculé. Mais, je l'avoue, la relation des modifications éprouvées par celui-ci pendant et après la grossesse me semble se soustraire, par sa grande précision, à toute critique restrictive. Elle constitue donc, à mon avis, un fait d'une valeur capitale pour la solution cherchée ; et peut-être ne serais-je pas éloigné de la regarder comme décisive, si je ne me rappelais cette réflexion de J. Guillemeau :

« De même qu'une hirondelle ne fait pas le printemps, une seule expérience ne peut faire une science. »

C'est, en conséquence, à une observation ultérieure qu'il appartient de confirmer ou de modifier les résultats consignés dans les trois faits de M. Depaul.

Il me resterait maintenant à examiner si, comme on le suppose, la gestation active réellement la *vascularisation* des fibromes utérins. Mais, sur ce point spécial, nos collègues n'ont produit aucune preuve tendant à infirmer notre opinion. Je ne prolongerai donc pas cette discussion déjà si longue, et pour conclure je dirai :

1° Que sur la question du ramollissement et de la vascularisation des hystéromes *par* la grossesse, le texte de mes premières conclusions me semble devoir être intégralement conservé ;

2° Que relativement à l'hypertrophie, il y a lieu de penser aujourd'hui que l'influence de la grossesse sur sa production est bien belle, mais vraisemblablement dans des cas fort exceptionnels.

— Avant de terminer, qu'il me soit permis encore de compléter, comme l'a fait M. Depaul pour M^{me} L..., l'observation de M^{me} C..., que j'ai relatée dans ma première communication.

Le dernier examen que j'ai pratiqué date du 6 janvier, c'est-à-dire de sept mois et demi après l'accouchement. Il m'a été impossible de reconnaître dans la tumeur la moindre modification, soit dans le siège, soit dans le volume, soit dans la consistance. Le fibrome présente exactement les mêmes caractères que ceux qui existaient sur la fin de la grossesse.

L'état général de la malade reste très-satisfaisant. — L'enfant, d'un développement qui ne laisse rien à désirer, pesait, à sept mois, plus de 9 kilogrammes.

PRÉSENTATION.

M. Leroy d'Etiolles présente un malade auquel il a retiré un calcul engagé dans la fosse naviculaire, au moyen d'une incision pratiquée à ce niveau sur la face inférieure du gland, sur le côté du frein. L'incision se guérit spontanément en vingt-quatre heures.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 10 MARS 1869

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *La Revue d'hydrologie médicale.* — *L'Art dentaire.* — *Les Archives générales de médecine*, numéro de mars. — *Le Journal de médecine de l'Ouest.* — *Le Montpellier médical.* — *Le Sud médical.*

M. le docteur E. LAFAURIE adresse à la Société deux exemplaires de sa thèse inaugurale : *Étude sur les luxations anciennes*, pour le concours du prix Duval.

M. le docteur VAN DE LOO envoie une brochure intitulée : *le Gyps impressor*, et demande à faire prochainement une communication à la Société.

M. CINISELLI adresse deux brochures : 1° *Degli effetti che si possono ottenere dall'applicazione metodica di due sole lamine elettro-motrici indipendentemente dalle cauterizzazioni elettro-chimiche*; 2° *Résumé des études sur la galvano-caustique chimique*, suivies d'une note manuscrite.

De la résolution des tumeurs par l'action électro-chimique du courant continu.

Mon recueil d'*Observations de galvano-caustique chimique*, rapporté brièvement dans le *résumé*, qui parut dans la *Gazette médicale*, 1866,

n^{os} 12, 13, 14, comprend deux cas de polype nasal, à l'égard desquels je signalais un phénomène inattendu qui avait appelé toute mon attention. Dans l'un de ces cas (Obs. XII), les applications de galvano-caustique ayant été séparées l'une de l'autre par de longs intervalles, j'ai observé que la diminution de la tumeur était plus grande que n'eût été la perte de substance résultant d'une cautérisation. Je m'expliquais le phénomène en songeant que le courant électrique, tandis qu'il agit en cautérisant une partie de la tumeur, modifie en même temps sa vitalité, de manière à faire cesser sa nutrition, en produisant un travail régressif et atrophique. En effet, après la dernière séance du 21 juin, n'ayant revu le sujet qu'à la fin de juillet, j'aperçus que la tumeur se présentait encore sous la forme d'un gros bouton d'habit, du diamètre de 3 centimètres, charnu, sans apparence de mortification. L'ayant laissée à elle-même, elle n'existait plus le 30 août suivant. Le volume qu'elle présentait lors de la dernière observation était tel, qu'elle n'aurait pu sortir de la cavité du nez sans difficulté; le sujet nous assura qu'elle n'était pas sortie.

L'observation XIII a trait à un polype qui, après avoir rempli toute la cavité nasale, s'était manifesté à la partie interne de l'orbite, et en occupait presque la moitié. Ayant attaqué par la galvano-caustique chimique la tumeur orbitaire jusqu'au niveau de son passage de la cavité du nez, on vit, de l'une à l'autre séance, une diminution de volume toujours plus grande de celle qui aurait répondu à la destruction opérée par la cautérisation. Mais, il y a plus : mon attention fut frappée, en voyant disparaître la tumeur qui occupait toute la partie antérieure de la cavité nasale, naissait de la partie externe et inférieure de la narine, ayant l'apparence d'une grande hypertrophie charnue de la muqueuse, sur laquelle n'avait jamais été portée l'action directe du courant électrique.

Dans ma lettre, qui accompagnait le recueil susdit, présenté à cette honorable Société par M. Velpeau dans la séance du 17 janvier 1866 (voir le *Bulletin* et la *Gazette des Hôpitaux*, 1866, n^o 11), j'ai signalé ces deux faits en particulier, en rappelant votre attention à considérer : « que la diminution des tissus pathologiques, traités par la galvano-caustique chimique, n'est pas proportionnée à la destruction matérielle opérée; qu'elle est toujours plus grande et continue encore quelque temps après la chute des escarres; que le tissu pathologique des escarres occupe la place de celles-ci, au lieu de présenter une cavité comme après la chute des escarres faites par les caustiques chimiques, et que la masse de ce tissu, qui sem-

ble avoir acquis une contractilité particulière, revient sur elle-même d'une manière sensible et extraordinaire. » Je finis ma lettre, faisant le vœu que des observations nombreuses puissent confirmer ces faits.

Ils n'ont pas manqué, en effet, d'arrêter votre attention, puisque, dans la discussion ultérieure, regardant le traitement des polypes naso-pharyngiens, M. A. Guérin dit : « S'il est démontré que l'électro-chimie fonde les tumeurs, et ne les détruit pas par une espèce de cautérisation, M. Ciniselli aura fait une grande découverte ; mais que l'inventeur me permette de lui dire que je ne suis pas encore suffisamment édifié pour l'admettre. »

Sur le phénomène dont il est question ici, j'ai rappelé aussi l'attention des lecteurs de la *Gazette médicale*, dans le résumé susdit, où j'ai dit vers la fin : « On s'est borné jusqu'ici à considérer l'action chimique de l'électricité dans ses manifestations matérielles et visibles ; il faut pousser les recherches dans l'intérieur des tissus, où son action n'est pas arrivée au degré nécessaire pour produire la mortification, mais elle a dû cependant altérer les éléments organiques. »

Dans un autre travail, publié en 1867, sur les effets qu'on peut obtenir par l'application de deux seules lames électromotrices, dont je vous présente maintenant un exemplaire, j'ai répété (page 6) « que les effets cliniques du courant électrique ne se limitent pas à la cautérisation ; mais qu'ils s'étendent à l'intérieur des tissus organisés, et que les effets qui se manifestent sont tout à fait indépendants d'elle, de sorte qu'on peut les obtenir aussi sans elle. Des effets de ce travail, qu'on peut regarder comme électro-chimique moléculaire, on trouve une preuve dans la résolution des hypertrophies glandulaires, obtenue sans l'action du courant électrique, par Reimak, par Massé, par Boulu.

Le changement chimique moléculaire opéré par le courant dans l'intérieur des tissus a été démontré enfin, d'une manière incontestable, par les expériences que M. Matteucci a communiquées à l'Académie des sciences (*Gazette médicale*, 1867), par lesquelles on apprend que dans les tissus traversés par le courant, selon qu'ils sont doués de polarité plus ou moins prononcée, il se forme une pile secondaire, en sens inverse à celle du courant originaire, qui dure aussi après l'action de celle-ci. Cette démonstration du changement chimique moléculaire, par effet du courant électrique, démontre aussi la possibilité du phénomène que j'ai observé, et en expliquerait en quelque sorte le mécanisme.

Après les deux cas suscités, j'ai eu encore occasion, en septembre 1864, de voir disparaître par l'action du courant, et sans cautérisation, une tumeur sous-cutanée de la paupière supérieure, datant presque d'un an, et arrivée à la grosseur d'une noisette, diagnostiquée pour un lipome. Elle disparut complètement peu de temps après l'avoir assujettie au courant continu de la durée de 10 minutes, pour 5 jours consécutifs; le courant provenant de ma pile à 25 couples, le réophore positif appliqué sur la tumeur par l'intermédiaire d'un plumasseau imbibé d'eau salée, le négatif à la joue correspondante.

Une autre tumeur, de nature lymphatique, siégeant au centre de la glande mammaire d'une jeune scrofuleuse, datant de 4 ans, arrivée à la grosseur d'un œuf de poule, réfractaire au traitement résolutif local et général, après être restée un an sans traitement, et se montrant en voie de progrès, a été enfin assujettie au courant continu, par l'application de deux lames électromotrices. (Voir mon travail sur ces applications, Obs. I.) J'ai vu dans ce cas le décroissement graduel de la tumeur, tel qu'après deux mois et demi son volume était réduit à la moitié. L'indocilité du sujet et son éloignement m'ont empêché de continuer le traitement et de me tenir au courant des changements consécutifs.

Les recherches de Bois-Raymond, de Reimak, de Matteucci, sur les effets du courant électrique continu, ont été suivies de l'important travail de MM. Onimus et Legros, qui a paru dans les comptes rendus de la Société de biologie (*Gazette médicale*, 1868), et dans la *Gazette des Hôpitaux* de cette année, nos 7, 13. Ces auteurs, après avoir démontré les différences entre l'action des courants d'induction et des courants continus, et l'influence de ces différents courants sur la nutrition, sont arrivés à conclure « que les courants continus ont une influence directe sur tous les éléments anatomiques, en augmentant les phénomènes d'endosmose et d'exosmose et les phénomènes de combinaisons cliniques. » Le travail est suivi par des observations démontrant les effets du courant continu sur la nutrition.

Cette observation vient appuyer les faits que j'ai rapportés, concernant la diminution et la résolution totale de tumeurs de nature différente, obtenues par l'action du courant continu, indépendamment des cautérisations électro-chimiques. La théorie développée par ces savants auteurs vient aussi confirmer l'idée que je m'étais formée d'un changement chimique moléculaire dans l'intérieur des tissus par l'action électro-chimique du courant continu.

Fracture de la clavicule. — M. BAISEAU adresse la note suivante :

« Le mémoire intitulé : *De l'inutilité des appareils et bandages dans le traitement des fractures de la clavicule*, que j'ai eu l'honneur de soumettre au jugement éclairé de la Société de chirurgie, a donné lieu à une discussion dans laquelle plusieurs chirurgiens se sont élevés contre l'abstention de tout bandage dans le traitement des fractures. Le titre de ce travail devait inévitablement me faire attribuer une opinion sur laquelle je crois devoir m'expliquer.

« Mon but, en appelant l'attention de la savante Société sur le traitement des fractures de la clavicule, n'a pas été de condamner d'une manière absolue l'emploi des appareils et des bandages dans ces fractures, mais de démontrer par des faits que l'on peut sans inconvénients diminuer considérablement la durée de leur application, car je propose de supprimer la contention dès que la douleur de l'épaule a disparu, ce qui a lieu ordinairement du dixième au douzième jour. Les malades n'exécutent d'abord que quelques légers mouvements, mais au bout de quelques jours ils se servent de leur membre fracturé pour les besoins ordinaires de la vie.

« Toutefois, en les autorisant à en faire usage, je leur défends les efforts et les mouvements étendus, et je leur recommande de conserver, autant que possible, la position qui s'oppose le plus au chevauchement des fragments.

« Je ne doute pas que cette pratique ne se généralise, car elle a pour avantage de rendre plus vite aux blessés un membre qui leur est d'une grande utilité, et d'éviter la roideur de l'épaule, qui suit souvent une immobilité prolongée. »

Prix Édouard Laborie.

M^{me} Laborie, veuve du docteur Laborie, membre et ancien président de la Société de chirurgie de Paris, a fait don à cette Société d'une rente annuelle de 1,200 francs, affectée à la fondation d'un prix annuel qui prendra le nom de *prix Édouard Laborie*.

Ce prix sera décerné, chaque année, dans la séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier), à l'auteur du meilleur travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

Dans le cas où le prix ne serait pas donné, soit faute de compétiteurs, soit en raison de l'insuffisance des mémoires, il serait réparti l'année suivante entre les meilleurs travaux après le n° 1.

Les auteurs sont libres de choisir le sujet de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera, *tous les six ans*, un sujet de mémoire pris parmi les points de chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours du prix Édouard Laborie.

La Société de chirurgie, voulant rendre hommage à la mémoire du docteur Laborie et à la générosité de sa veuve, pense que, pour inaugurer la fondation du prix Édouard Laborie, il convient de mettre au concours, pour 1869, un sujet de chirurgie étudié par feu le docteur Laborie, et propose la question suivante :

« De la valeur relative des amputations sous-astragaliennne, tibio-tarsienne, sus-malléolaire. »

Les mémoires, écrits en français ou en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le secrétaire général de la Société impériale de chirurgie, rue de l'Abbaye, n° 3, à Paris, avant le 1^{er} novembre 1869.

A partir de l'année 1870, et pour les années 1871, 1872, 1873, 1874, le choix du sujet sera laissé à la libre disposition des compétiteurs. Le sujet du concours sera de nouveau indiqué pour l'année 1875, redeviendra libre pour une nouvelle période de six ans, et ainsi de suite.

Discussion sur les corps fibreux de l'utérus.

M. BLOT. Mon intention n'est pas de faire un discours; elle est encore moins de faire une leçon et de convertir cette tribune, consacrée aux discussions entre collègues, en une chaire de pathologie chirurgicale.

M. Tarnier, dans son discours, a étayé d'une statistique les opinions qu'il a émises; mais une statistique n'est bonne qu'à la condition qu'on y fasse entrer des observations similaires, des faits de même nature. C'est ce que notre collègue a été loin de faire, car, dans le tableau qu'il nous a présenté, des faits bruts seulement sont produits, et il n'est pas tenu note des diverses conditions du volume, des adhérences du siège précis, de la mobilité, de la consistance, de l'ancienneté des tumeurs. Ainsi, pour ce qui concerne les applications de forceps, huit fois on a pu faire l'accouchement. Mais à quel moment le forceps a-t-il été appliqué? Cela n'est pas indiqué. Or, il y a de grandes différences dans les chances de succès, selon qu'on

l'applique lorsque l'accouchement a commencé depuis deux jours, ou si le début du travail ne date que de quelques heures; si on y a recours dans un cas où l'accouchement spontané avait chance de s'opérer sans aucune intervention chirurgicale. Ce que je dis pour le forceps, je pourrais le répéter pour la version. Tout ce qui ressort de l'examen du tableau de M. Tarnier, c'est que, dans un sixième des cas, l'accouchement a pu s'opérer spontanément.

Arrivons maintenant à ce qui concerne la marche de ces tumeurs. M. Guéniot nous l'a déjà dit, les faits de ramollissement apportés par M. Tarnier ne prouvent rien, car il eût fallu démontrer tout d'abord que ces corps, avant d'être mous, avaient été durs. L'influence de la grossesse sur ces tumeurs est probable, elle n'est pas prouvée; mais toutes ces discussions doivent concourir à donner la solution d'une question de thérapeutique, c'est là le point important. Faut-il intervenir par l'accouchement prématuré? Faut-il attendre la fin de la grossesse?

L'accouchement prématuré n'est pas une opération à laquelle on puisse toujours recourir. Dans un cas observé par moi, à 7 mois le bassin était complètement rempli par la tumeur fibreuse. Pour pratiquer l'opération, il eût fallu faire d'abord la rétropulsion, qui n'était pas possible à cette époque, malgré le prétendu ramollissement de la tumeur.

J'ai été témoin d'un cas dans lequel il y eut ramollissement, et même disparition par suppuration d'une partie notable de la tumeur, et cependant la femme n'était nullement enceinte. Il s'agissait d'une jeune Péruvienne, portant une tumeur fibreuse qui avait donné à l'utérus le volume qu'il a au cinquième mois de la grossesse. La vessie était refoulée en avant, comprimée contre le pubis; de là un besoin d'uriner, lequel, reparaissant toutes les dix minutes, empêchait cette pauvre femme de sortir de chez elle et de vivre de la vie du monde. Nous prescrivîmes de l'iodure de potassium. Tout à coup, sans que rien l'ait fait prévoir, la malade rendit du pus par le vagin. Je fus prévenu, et je constatai que la tumeur, que je n'avais pas vue depuis 15 jours, avait diminué de plus de moitié. Depuis cette époque, cette dame peut rester quatre heures sans avoir besoin d'uriner.

Si pareille chose fût arrivée pendant une grossesse, on aurait certainement attribué à la suractivité physiologique de l'utérus le ramollissement de cette tumeur.

En résumé, mes conclusions ne sont pas modifiées.

Il faut s'abstenir en surveillant les malades, et n'intervenir qu'à la

fin de la grossesse; mais nous ne sommes pas encore en mesure d'établir de quelle manière il faut intervenir par le forceps, la version, l'accouchement provoqué, etc.

M. TARNIER. J'ai à répondre à la fois à MM. Guéniot et Blot. L'argumentation de M. Guéniot peut se résumer ainsi :

Je prouve, par de nombreux exemples, que les tumeurs fibreuses de l'utérus, chez une femme non enceinte, peuvent se ramollir ou s'hypertrophier. Je crois qu'il y a deux formes de ramollissement : l'assouplissement de la tumeur, sa fonte purulente. Or, dans le cas de M. Guéniot, il y avait, non assouplissement, mais fonte purulente; et je dirai à M. Guéniot : Chez les femmes non enceintes, ces tumeurs s'hypertrophient et se ramollissent; il serait étrange qu'il en fût autrement par ce seul fait qu'il y a grossesse.

M. GUÉNIOT. Cela est incontestable.

M. TARNIER. Mais M. Guéniot ajoute : Quand la tumeur se ramollit chez une femme enceinte, ce n'est pas à cause de la grossesse, mais seulement par suite de la nature même de la tumeur. Cette question peut seulement être résolue par l'observation clinique; au point de vue de la thérapeutique, je crois que nous sommes à peu près d'accord, c'est là en définitive le point essentiel.

J'arrive maintenant à l'argumentation de M. Blot, et je crois nécessaire d'indiquer le point de départ du débat, puisque dans la discussion il y a été souvent fait allusion par quelques-uns de mes contradicteurs. Une femme, observée par M. Guéniot, porte une tumeur fibreuse de l'utérus, elle est enceinte et ne doit pas tarder à accoucher; nous nous réunissons autour de son lit; je propose la version. MM. Blot et Depaul la repoussent, et M. Guéniot émet, très-amicalement du reste, l'opinion qu'une telle pratique aurait constitué une faute grave.

Je croyais au contraire que cette conduite était la meilleure à tenir dans ces circonstances, et c'est aux faits antérieurs que je me suis adressé, pour savoir qui de nous était dans la vérité de l'expérience.

J'ai pu réunir 42 faits, je m'en suis servi. Fallait-il attendre que j'en eusse 400? Mais, outre que j'aurais pu attendre inutilement, si ces faits se fussent produits de mon temps, d'autres observateurs en eussent demandé 4,000. Cet éternel reproche qu'on fait à la statistique n'est pas fondé; il ne s'agit pas de résultats de chiffres, il s'agit de résultats d'observations rapprochées les unes des autres et étudiées comparativement. D'ailleurs, est-ce que M. Blot ne fait pas lui-même de la statistique, quand il nous oppose les trois cas qui

lui sont personnels? seulement, sa statistique ne comprend que trois cas.

La réduction de la tumeur est une chose utile; on la produit quand on fait la version. Cette réduction n'est pas dangereuse, à une condition toutefois, c'est qu'elle soit faite avec prudence. M. Stolz la place au premier rang parmi toutes les méthodes, et il la propose non-seulement pendant l'accouchement, mais même pendant toute la grossesse.

M. Blot repousse l'accouchement prématuré. Je l'ai fait une fois : la femme est aujourd'hui bien portante; l'enfant, il est vrai, a succombé, mais par suite de circonstances particulières qui ne sont pas en rapport direct avec l'opération. D'ailleurs, peut-on savoir comment les choses se présenteront à la fin de la grossesse, et ne peut-on pas être autorisé à croire qu'un fœtus de 7 mois passera là où un fœtus de 9 mois ne pourra plus passer?

M. Blot veut qu'on attende; mais, quand on aura bien attendu, est-ce que la tumeur aura disparu? est-ce qu'il ne faudra pas toujours agir? Sans doute nous ne pouvons encore formuler la conduite à tenir; mais nous pouvons dire : On peut avoir recours à la version, au forceps, à la rétropulsion de la tumeur, et il ne faut pas, lorsqu'on peut faire autrement, recourir à l'opération césarienne.

M. BLOT. M. Tarnier, en s'appuyant sur une statistique incomplète, agit comme le constructeur imprévoyant qui construit sa maison parce qu'il a sous la main quelques matériaux à utiliser, mais qui, arrivé au faite, en manque pour construire le toit.

Je ne crois pas, je le répète, qu'on doive intervenir absolument pendant la grossesse, et comme l'expectation me paraît préférable, je crois bon, sauf circonstances particulières, d'attendre jusqu'au moment de l'accouchement.

M. TARNIER. Je ne veux répondre qu'un seul mot à M. Blot, par rapport à ma statistique : Mieux vaut élever une maison sans toit, qu'un autre peut couvrir avec de nouveaux matériaux, que de laisser les matériaux enfouis au fond de ses carrières.

Rapport sur une observation de trépanation du crâne.

M. LÉON LE FORT. M. Paul Horteloup vous a présenté une observation suivie de réflexions ayant trait à un cas de trépanation par une fracture du crâne avec enfoncement. Cette observation présente un intérêt qu'augmente le souvenir d'une récente discussion sur l'utilité et les inductions de la trépanation. Il s'agit d'un

homme de 22 ans, ayant reçu, quelques heures auparavant, dans la région frontale gauche, un coup de pied de cheval ayant amené une fracture avec enfoncement de la partie correspondante du frontal. Sauf un peu d'hébétude, le malade ne présente aucun trouble de l'intelligence ; cependant M. Guyon, par une sage précaution, fit aussitôt une saignée de 250 grammes. M. Horteloup remplace le lendemain notre collègue, et pendant huit jours l'état du malade reste satisfaisant.

Mais le huitième jour, M. Horteloup trouve le malade dans une prostration profonde ; la face est rouge, vultueuse, la peau chaude et le pouls à 105 pulsations ; le côté droit de la face, le bras et la jambe droite sont paralysés, mais s'il y a paralysie, il y a en même temps roideur et légère contraction des membres soustraits à l'action de la volonté. En ces circonstances, M. Horteloup crut devoir faire la trépanation ; mais il ajoute qu'il ne s'est décidé à pratiquer cette opération que sous l'influence des opinions émises à cette tribune par M. Legouest et par moi-même. Mis ainsi directement en cause, votre rapporteur doit faire quelques réserves sur l'interprétation donnée à ses opinions ; car, sans critiquer la conduite de M. Horteloup, très-justifiée dans ces circonstances, je crois pouvoir dire que dans ce cas je n'eusse pas trépané. En voici les raisons : mes recherches sur la trépanation et sur les rapports existant entre les symptômes et les lésions cérébrales m'ont conduit à établir que l'opération est indiquée toutes les fois qu'il y a soupçon de compression cérébrale indiquée par l'hémiplégie ou le coma secondaires, existant seuls ou compliqués de convulsions sans coïncidence de fièvre ; qu'elle est contre-indiquée quand il y a coma primitif, c'est-à-dire soupçon d'une destruction plus ou moins étendue du centre cérébral ; fièvre et convulsions, c'est-à-dire soupçon d'une encéphalite contre laquelle le trépan est impuissant. Or, dans l'observation de M. Horteloup, le malade présente, il est vrai, de l'hémiplégie survenue le huitième jour, mais il présente en même temps de la fièvre (pouls à 105), de la congestion vers la face, c'est-à-dire les signes, non de l'irritation d'un point du cerveau par une esquille, mais d'une encéphalite développée autour d'une contusion cérébrale. On pouvait trépaner, on était autorisé à le faire, le doute étant permis sur la cause des accidents ; mais je crois, je le répète, que je ne l'eusse pas fait, et je n'en veux pour preuve que ma conduite dans un cas analogue. Vers la même époque, c'est-à-dire vers le mois de juillet dernier, je reçus dans mes salles un homme portant une fracture avec enfoncement du frontal gauche,

comme dans le cas de M. Horteloup. Il y avait aussi un peu d'hébétude, affaiblissement de la motilité dans le côté droit, paralysie du moteur oculaire commun, mais, toujours comme dans le cas de M. Horteloup, congestion vers la face et accélération considérable du pouls. Je ne crus pas devoir trépaner. J'eus recours, comme cela m'était déjà arrivé deux fois, et avec succès, dans des fractures de la base du crâne et du rocher, à l'opium à hautes doses et à l'application d'une sangsue à l'apophyse mastoïde, de manière à obtenir un écoulement de sang permanent. Quarante sangsues furent ainsi, en trois jours, successivement appliquées, et le malade sortit de l'hôpital ne conservant qu'une légère difformité tenant à l'enfoncement du frontal, et un strabisme tenant à la paralysie du moteur oculaire commun du côté gauche. Du reste, la suite de l'observation de M. Horteloup montre le peu d'utilité du trépan dans cette circonstance. Le lendemain, le pouls est plus accéléré, les convulsions du côté paralysé plus violentes ; elles deviennent, suivant les termes de l'observation, affreuses pendant la journée, et le malade meurt pendant la soirée. Or, l'autopsie montre un ramollissement notable du cerveau dans la partie correspondant à la fracture, et une méningite aiguë caractérisée par une couche de pus recouvrant le lobe gauche et s'insinuant dans les sillons des circonvolutions. Le trépan n'a sans doute rien ajouté à la gravité de l'état dans lequel se trouvait le malade, mais il ne pouvait en rien le diminuer, et la médication antiphlogistique, employée dès le début par notre collègue M. Guyon, me paraît, mieux que la trépanation, appropriée à la thérapeutique de pareils accidents.

La séance est levée à 3 heures 1/2.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 17 MARS 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *Le Bulletin général de thérapeuti-*

que. — *Le Journal de médecine et de chirurgie pratiques.* — *La Gazette médicale de Strasbourg.*

Compte rendu de la séance solennelle (1868) de l'Association médicale de Loir-et-Cher.

I corpi considerati come chimiche individualita. — Dissertation présentée à l'Université de Bologne par le docteur Antonio Mazzoni, de Ravenne.

M. Verneuil offre à la Société : 1° l'importante thèse inaugurale de M. R. Good : *De la résection de l'articulation coxo-fémorale*; — 2° la thèse de M. F. Talazac : *Des tumeurs de la glande sous-maxillaire.*

Demandes de congé par MM. Dolbeau, Guyon et Guéniot.

M. Brown Sequart, membre correspondant, assiste à la séance.

LECTURES

M. GIRAUD-TEULON lit un travail intitulé : *Des rapports de position à établir dans les opérations qui intéressent la cornée, entre le chirurgien, l'opéré et la source d'éclairage, eu égard au point brillant de l'œil.*

RAPPORTS

M. LIÉGEOIS lit un rapport sur un travail de MM. Legros et Onimus sur l'emploi du courant électrique continu contre les accidents déterminés par la chloroformisation.

De l'emploi des courants électriques continus contre la syncope et les accidents causés par le chloroforme.

par MM. ONIMUS et TH. LEGROS.

Le 9 mars 1868, nous avons fait à l'Académie des sciences une communication sur le même sujet ; depuis, nous avons recueilli des faits nouveaux, et nous venons, remplis de confiance dans l'efficacité de notre procédé, solliciter l'attention de la Société. Nous indiquerons d'abord brièvement en quoi consiste notre méthode, qui est d'une grande simplicité ; il suffit, dès que la respiration s'arrête, d'appliquer les deux pôles d'un appareil électrique à courants constants et continus, l'un (le négatif) dans la bouche, et l'autre (le positif) dans le rectum ; on voit immédiatement réapparaître la respiration et la circulation. Ce n'est pas par hasard que nous avons employé ce procédé, qui est basé sur des notions physiologiques faciles

à démontrer ; c'est dans le cours d'un travail purement scientifique sur l'action des courants continus que, frappés de l'influence de ces courants sur la respiration et les mouvements du cœur, nous avons songé à les employer dans l'empoisonnement par le chloroforme, où, comme on le sait, il y a arrêt du cœur et de la respiration, une sorte de syncope qui devient rapidement mortelle.

Nous avions entre les mains un moyen de ranimer les mouvements du cœur, et même de les faire renaître après leur suppression complète, pourvu que cette suppression fût récente.

Le succès a dépassé nos espérances, et, malgré nos prévisions, nous avons été étonnés de voir des animaux, soumis à l'action des anesthésiques, et en état de mort apparente depuis deux et même trois minutes, revenir peu à peu à la vie.

Des chiens, des rats, des lapins nous ont présenté cette sorte de résurrection ; cependant nous poussions l'empoisonnement jusqu'à ses dernières limites, et il est certain que chez l'homme, où les anesthésiques sont employés avec tant de circonspection, les résultats seraient *à fortiori* aussi satisfaisants.

Nous ne vous fatiguerons pas du récit de nos expériences ; un fait suffira.

Dans un laboratoire situé à côté de celui où était installé notre appareil à courants continus, on cherchait à endormir un chien par le chloroforme pour pratiquer une opération ; le chloroforme, donné sans ménagement, amena l'arrêt du cœur et de la respiration ; on se hâta de pratiquer la respiration artificielle, qui échoua ; alors on songea à nous apporter le chien. Il fallut détacher l'animal et le transporter dans la chambre où nous étions ; malgré cette perte de temps, les courants continus ranimèrent le chien ; je dois dire, de plus, que l'expérience a été faite devant des incrédules qui ont été convaincus.

Nous avons employé l'appareil Remak ; on pourrait également se servir des piles au sulfate de plomb ; l'important est d'avoir une tension forte et des effets chimiques modérés ; l'appareil Remak remplit complètement ce but, mais il y a un grand inconvénient : il n'est pas portable ; il serait facile, il est vrai, d'avoir ces piles sous la table dans les salles d'opération ; en ville le transport est incommode ; plusieurs constructeurs cherchent en ce moment à fabriquer des piles portatives et rendant d'ailleurs les mêmes services que les piles Remak ; s'ils réussissent, le seul inconvénient qui existe sera supprimé.

Au début de nos expériences, nous pensions qu'il serait nécessaire,

pour l'homme, d'employer un grand nombre d'éléments; nous sommes convaincus aujourd'hui que 20 piles Remak suffiraient; nous nous servons de 10 piles pour un chien.

La seule précaution à prendre dans l'application de l'électricité, c'est d'éviter les interruptions; le courant doit passer d'une façon continue jusqu'à ce que la respiration soit complètement rétablie; on cesse alors d'électriser; si la respiration faiblissait de nouveau, on recommencerait.

Nous ne passerons pas en revue les autres moyens employés dans les accidents causés par le chloroforme; tous, à l'exception peut-être de la respiration artificielle, ont été inutiles; nous insisterons seulement sur les courants interrompus, les courants d'induction qui ont été préconisés et dont on ne saurait trop condamner l'usage. Le meilleur moyen d'arrêter complètement les battements du cœur affaiblis par les anesthésiques, c'est de faire passer un courant d'induction; on doit donc redouter l'emploi de ces appareils, qui déterminent précisément les résultats que l'on veut éviter.

Nous avons constaté que les courants continus, dont l'action est complètement différente, agissent favorablement sur le chloroforme, l'éther sulfurique et le protoxyde d'azote; ils ont un effet moins remarquable dans les asphyxies et les empoisonnements par certains gaz toxiques, parce que, dans certains cas, il y a une lésion du sang contre laquelle l'électricité est impuissante. On devrait, néanmoins, tenter leur emploi dans l'asphixie des nouveau-nés.

Mais il est un accident terrible où leur efficacité est vraiment admirable: c'est la syncope qui succède à une perte de sang abondante. Nous avons vu sur un animal dont on avait ouvert l'artère carotide et qui, à la suite de l'hémorrhagie, était dans un état de mort apparente, nous avons vu les courants continus ramener la respiration; en cessant l'électrisation, la syncope reparaissait pour disparaître de nouveau par l'emploi du même moyen. Trois fois nous eûmes le même résultat, mais la dernière fois la vie persista, l'animal vécut deux jours, et mourut des suites d'une autre opération.

Certainement, dans les cas désespérés où l'hémorrhagie fait périr le malade, on a une ressource, la transfusion du sang; mais les appareils imaginés dans ce but sont loin de rendre l'opération innocente, et exigent des mains habiles; avec les courants continus, le danger est nul, l'application peut en être faite par les plus inhabiles, et on doit les préférer à la transfusion du sang.

En résumé, dans tous les cas où il y a arrêt des mouvements du

cœur et de la respiration sans altération du sang, et spécialement dans les accidents dus au chloroforme ou à la syncope, l'emploi des courants électriques continus l'emporte sur tous les autres moyens préconisés jusqu'à ce jour, et sont destinés à rendre de grands services.

Nous voudrions vous communiquer nos convictions à cet égard, et nous sommes prêts à répéter nos expériences devant vous ou devant une commission, si vous le jugez à propos.

Nous tenons avant tout à répandre un procédé qui peut assurer la sécurité du malade et du chirurgien.

Dans nos deux graphiques pris sur un chien et sur un cobaye, on voit nettement la respiration, arrêtée par le chloroforme, se montrer de nouveau dès que l'on électrise de la façon que nous avons indiquée.

RAPPORT lu à la Société, dans la séance du 17 mars 1869, sur *un travail de MM. Legros et Onimus, intitulé : « De l'emploi des courants électriques continus contre la syncope et les accidents causés par le « chloroforme. »*

Membres de la commission : MM. Broca, Paulet ;
Liégeois, rapporteur.

Messieurs,

Le 10 décembre, M. Legros, en son nom et en celui de M. Onimus, vous a lu une note sur l'emploi des courants électriques continus contre la syncope et les accidents causés par le chloroforme. A la fin de cette note, ses auteurs exprimaient le désir de communiquer à la Société leur conviction, et s'offraient à répéter devant les membres qui le désireraient les expériences sur lesquelles reposait leur travail. La question des moyens à opposer aux accidents, trop souvent mortels, provoqués par le chloroforme, intéresse à un trop haut titre la chirurgie, pour que l'on restât, dans cette enceinte, indifférent aux tentatives dirigées dans cette voie, surtout quand celles-ci sont faites par des hommes laborieux et à qui la science est redevable de travaux importants.

La proposition de MM. Legros et Onimus fut donc acceptée avec

empressement, et une commission, composée de MM. Broca, Paulet et Liégeois, fut chargée d'examiner la valeur de leurs recherches.

Je viens aujourd'hui vous rendre compte des impressions que nous ont laissées les expériences de ces physiologistes, expériences qui ont été répétées devant nous, dans un des laboratoires de la Faculté. Auparavant, je dois dire qu'entraîné et par l'attrait du sujet et par le désir de remplir consciencieusement ma tâche de rapporteur, j'ai fait dans mon cabinet un certain nombre d'expériences que je chercherai à utiliser; mais, comme elles n'ont point eu pour témoins MM. Broca et Paulet, je dois déclarer que seul j'assume la responsabilité et de leur exactitude et de leur interprétation.

Les expériences qui ont été faites tout d'abord devant nous ont été les suivantes : trois rats albinos ont été successivement placés sous une cloche de verre, haute environ de 30 centimètres, large de 15, avec une éponge sur laquelle on avait versé une certaine dose de chloroforme.

Le premier rat fut retiré de la cloche alors que la respiration avait complètement cessé, que toute trace de sensibilité et de mouvement volontaire avait disparu; mais les battements du cœur étaient encore manifestes. Les deux pôles d'une pile de Remak furent alors introduits, l'un, le négatif, dans le rectum, l'autre, le positif, dans la bouche. Le courant traversa l'animal quelques secondes; puis on enleva les réophores, et peu après on aperçut des mouvements respiratoires d'abord rares, irréguliers, saccadés, puis plus fréquents, rythmiques. En même temps, les battements du cœur augmentèrent, la sensibilité et les mouvements généraux reparurent. L'animal était rendu complètement à la vie.

Le second rat fut retiré de la cloche à peu près dans les mêmes conditions que le précédent, seulement les mouvements du cœur étaient moins perceptibles que chez le précédent. Chez celui-ci, le courant continu fut impuissant pour le ramener à la vie.

Chez le troisième rat, la respiration avait complètement cessé, ainsi que la sensibilité et les mouvements généraux; mais les battements du cœur, quoique ralentis, persistaient d'une façon manifeste. Le passage du courant continu amena identiquement le même résultat que chez le premier rat, c'est-à-dire l'augmentation des battements cardiaques, le retour de la respiration, de la sensibilité, des mouvements volontaires.

Malgré le vif intérêt qui s'attache à ces expériences, votre commission a dû reconnaître qu'elles ne répondaient pas exactement au titre de la note qui vous a été lue : *De l'emploi du courant électrique*

continu contre les syncopes et les accidents causés par le chloroforme. L'absence de mouvements respiratoires chez les deux animaux qui vécurent, coïncidant avec la continuation des battements du cœur, battements lents, peu intenses, il est vrai, constitue un caractère suffisant pour qu'il n'ait pas été douteux pour nous que la mort apparente chez nos rats était due à l'asphyxie et non à la syncope. Ces expériences ne sont donc rigoureusement applicables, chez l'homme, qu'à l'asphyxie chloroformique, accident qui chez celui-ci amène moins souvent la mort, et qui est plus facile à combattre que la syncope chloroformique. C'est là une vérité qui, je me plais à le dire, est sortie triomphante, surtout du sein de cette Société, dans les mémorables discussions qui ont eu lieu à ce sujet, principalement dans celles de 1853.

Réduite dans ses applications à l'asphyxie chloroformique, la galvanisation, telle que la proposent MM. Onimus et Legros, est assurément d'une efficacité incontestable. Les animaux qui furent soumis à son action, et chez lesquels l'activité vitale ne se manifestait plus que par de lents et rares battements cardiaques, pouvaient être considérés comme livrés à une mort certaine si on les eût abandonnés à eux-mêmes. Notre éminent collègue, M. Maurice Perrin, rapporte, dans son *Traité d'anesthésie chirurgicale*, que douze fois il a laissé sans secours des chats, des chiens, des lapins, chez qui les inhalations chloroformiques avaient fait cesser complètement la respiration, les mouvements du cœur persistant encore, et chaque fois la mort survint. On ne peut donc mettre en doute que c'était bien au courant continu que les rats que nous observions devaient leur rappel à l'existence.

Après avoir constaté ces résultats expérimentaux, nous avons dû prier MM. Legros et Onimus de vouloir bien répéter l'expérience avec un courant intermittent, dont ils contestent dans leurs notes l'efficacité en ces termes : « Nous ne passerons point en revue, disent-ils, les autres moyens employés dans les accidents causés par le chloroforme; tous, à l'exception peut-être de la respiration artificielle, ont été inutiles; nous insisterons seulement sur les courants interrompus, les courants d'induction, qui ont été préconisés et dont on ne saurait trop condamner l'usage. Le meilleur moyen d'arrêter complètement les battements du cœur, affaiblis par les anesthésiques, c'est de faire passer un courant d'induction. On doit donc redouter l'emploi de ces appareils, qui déterminent précisément les résultats que l'on veut éviter. »

Sur la demande que nous fîmes à MM. Legros et Onimus de vou-

leur bien essayer devant nous l'influence du courant d'induction, un rat fut chloroformé sous la même cloche et de la même façon que les premiers. Il en fut retiré alors que la respiration, la sensibilité et les mouvements généraux étaient complètement abolis, tandis que les battements du cœur, très-affaiblis, persistaient encore. On fit ensuite passer le courant d'un appareil de Dubois-Raymond, de la bouche à l'anus.

Seulement, afin de nous rapprocher autant que possible avec notre appareil du peu d'intensité du mouvement continu, nous priâmes ces messieurs de se servir du courant le plus faible que l'on pourrait obtenir. Ce courant passa quelques secondes seulement, et presque aussitôt son interruption, les mouvements respiratoires reparurent, les battements du cœur augmentèrent, puis la sensibilité, les mouvements volontaires revinrent insensiblement. L'animal fut sauvé.

Depuis notre réunion, j'ai pu, dans mon cabinet, obtenir sur des lapins, presque à volonté, le même résultat, peut-être plus régulièrement encore, en atténuant davantage l'intensité du courant d'induction, à la condition toujours que les mouvements du cœur soient encore perceptibles à la main. Pour cela, il m'a suffi de placer sur le trajet d'un des réophores d'une pile Legendre un tube rempli d'eau distillée. J'ai pu constater, de plus, à l'aide d'une aiguille fixée dans le cœur de l'animal, que le cœur battait encore dix à quinze minutes alors qu'il n'était plus perceptible à la main. Le courant électrique cessait, par conséquent, d'agir bien avant la disparition totale des battements cardiaques.

Si maintenant, au lieu de prendre des courants d'induction de faible intensité, je me servais de courants d'intensité forte, jamais mes animaux ne se ranimaient.

Ajoutons, pour rendre justice à qui de droit, que nous ne sommes pas les premiers qui aient constaté l'efficacité des courants d'induction appliqués sur les centres nerveux. Ainsi Jobert, dans un mémoire intitulé : *De l'influence de l'électricité dans les accidents chloroformiques*, s'exprime ainsi : « De mes expériences il ressort clairement que, lorsque le cœur a cessé de fonctionner pendant quelques instants, il est inutile de chercher à rappeler une vie qui n'est plus ; mais tant qu'on n'est pas arrivé là, on doit conserver l'espoir de ranimer l'existence prête à s'éteindre. Il n'y a pas de moyens plus énergiques que l'emploi de l'électricité ; c'est ce que reconnaîtront, je l'espère, tous ceux qui prendront connaissance de mon Mémoire. » Et Jobert propose, au lieu d'appliquer l'électricité à l'aide d'éponges placées sur diverses parties du corps, comme quelques-uns l'ont fait,

de faire traverser par un courant le corps de l'animal, de la bouche à l'anus, et, dans les cas extrêmes, de recourir à l'électro-puncture.

« Dans certaines circonstances, ajoute-il, où la circulation et la respiration ne reprennent pas subitement, il sera nécessaire de prolonger l'opération pendant un certain temps. On n'arrêtera les courants et les chocs électriques que lorsque l'animal poussera des cris, et lorsque la respiration et la circulation s'exécuteront de manière à ne plus laisser de doute sur le retour du système nerveux à sa puissance régulatrice et à son influence définitive sur tous les organes qui reçoivent les impressions. »

Dans son remarquable rapport, en 1853, à la Société de chirurgie, Robert s'exprime ainsi : « J'ai constamment observé que, lorsqu'on sidérait l'animal en lui faisant respirer à la fois une grande quantité de chloroforme, les mouvements du cœur et ceux de la respiration cessaient presque en même temps; l'électricité ne produisait d'autre résultat que de provoquer des secousses dans les muscles sans réveiller l'action du cœur. Lorsque, au contraire, on ménageait les inhalations de manière à les prolonger jusqu'à ce que la respiration parût s'éteindre, les mouvements du cœur, toutefois persistant, quoique à un faible degré, il m'a toujours été possible de rappeler l'animal à la vie. Plusieurs fois même, voulant bien m'assurer que la respiration était abolie, j'ai attendu une demi-minute après la dernière contraction du diaphragme avant de recourir aux décharges électriques. Des aiguilles étaient enfoncées, l'une dans les muscles postérieurs du cou, l'autre à la base de la poitrine. L'instrument dont je me suis servi est le petit appareil électro-magnétique imaginé par M. Legendre, appareil d'un usage très-commode et dont les effets sont puissants. A la première décharge, une inspiration brusque a eu lieu, et les mouvements du cœur sont devenus plus appréciables. Puis, à chaque secousse, répétée toutes les quatre ou cinq secondes, le même mouvement s'opérant, la respiration ne tardait pas à se ranimer, et, en peu de temps, l'animal revenait à lui-même; et telle était alors la puissance de l'électricité, qu'à chaque secousse, quoique l'insensibilité aux autres moyens d'excitation fût encore profonde, il poussait des cris aigus et s'agitait violemment. Enfin, une commission nommée par la Société médicale d'émulation, dans le but d'étudier la question du chloroforme, s'est assurée également que l'excitation générale produite au moyen d'un courant d'induction dirigé de la bouche au coccyx ne ranimait pas les animaux chez lesquels les battements du cœur avaient disparu, tandis que quand ceux-ci persistaient, la vie pouvait être facilement appelée. »

Toutes ces observations démontrent donc, de la façon la plus péremptoire, que les courants d'induction n'ont pas, quand ils passent à travers les centres nerveux, l'influence funeste que leur accordent MM. Legros et Onimus. Si ces physiologistes n'ont pu réussir à rappeler à la vie, par ce courant, les animaux sur lesquels ils expérimentaient, c'était, ou parce que le cœur était arrêté, ou parce qu'ils employaient des courants trop violents, qui, ébranlant trop fortement les éléments nerveux, avaient pour résultat d'accélérer la mort, si elle n'était déjà arrivée, au lieu de l'empêcher.

On peut du reste démontrer, par une expérience des plus curieuses, l'influence favorable des courants intermittents de médiocre intensité sur les centres nerveux pendant la chloroformisation. Qu'on plonge dans le sommeil anesthésique un lapin, jusqu'à ce qu'il soit complètement insensible et sans mouvement volontaire, la respiration et la circulation persistant ; puis qu'on fasse passer un courant d'induction de la bouche à l'anus ; si le sommeil est au début, immédiatement l'animal fait un bond, se redresse sur ses pattes, ouvre largement ses yeux et se met à courir, en titubant toutefois légèrement pendant quelques secondes, comme s'il était un peu ivre ; après quoi il semble ne plus se ressentir en aucune façon des effets du chloroforme. Si le sommeil anesthésique dure déjà depuis un certain temps, le réveil est moins rapide, mais il se fait néanmoins avec une assez grande promptitude, renouvelant et répétant un certain nombre de fois l'application du courant. Cette expérience, que j'ai répétée trois fois, n'est qu'une confirmation des résultats obtenus par M. Abeille, qui avait vu que « l'électricité mise en jeu au moyen d'aiguilles implantées sur divers points du corps, et surtout dans la direction de l'axe cérébro-spinal, réveille la sensibilité et fait disparaître immédiatement le relâchement des muscles. » Et M. Abeille ajoute : « Elle constitue, d'après nos expériences, le moyen le plus prompt, le plus efficace, je dirai presque le seul efficace de ramener à la vie les malades chez lesquels les inhalations chloroformiques ont été prolongées au delà du temps prescrit par la prudence. C'est le premier moyen auquel on doit avoir recours, et des tentatives faites dans une autre direction ne m'ont jamais paru amener autre chose qu'une perte de temps qui pourrait être parfois funeste. »

Si l'électricité traversant les centres nerveux a le pouvoir de rappeler à la vie des animaux soumis à l'asphyxie chloroformique, il y a tout lieu de penser que cet agent doit intervenir efficacement dans les autres asphyxies, ou au moins dans celles qui ne reconnaissent pas pour cause l'introduction dans le sang d'un gaz qui, par son

action propre, empêche l'hématose. Les phrases suivantes de la note de MM. Legros et Onimus, peu explicites à la vérité, permettent cependant de croire que ces auteurs doutent des bons effets des courants électriques dans les conditions que nous venons d'indiquer. « Nous avons constaté, disent-ils, que les courants continus, dont l'action est complètement différente des courants intermittents, agissent favorablement dans l'empoisonnement par le chloroforme, l'éther sulfurique et le protoxyde d'azote. Ils ont un effet moins remarquable dans les asphyxies et les empoisonnements par certains gaz toxiques, parce que, dans ces cas, il y a une lésion contre laquelle l'électricité est impuissante. On devrait néanmoins tenter leur emploi dans l'asphyxie des nouveau-nés. » Cette dernière phrase paraît donc indiquer que, dans l'idée de ces auteurs, les asphyxies par compression des voies aériennes, chez l'adulte, par exemple, ne pourraient être ou seraient au moins difficilement combattues par les courants électriques continus. Une expérience, due en quelque sorte au hasard, m'a au contraire démontré tout le parti que l'on pourrait tirer des courants d'induction dans les cas d'asphyxie par strangulation et sans doute par submersion.

Faisant, dans ces derniers temps, avec MM. Duchesne, de Boulogne, père et fils, des expériences sur les effets de la faradisation du grand sympathique du cou, j'étais à rechercher le ganglion cervical, quand je m'aperçus que l'artère carotide avait perdu complètement sa coloration rouge et pris une coloration noire des plus intenses. L'animal était asphyxié, sans doute à la suite d'une compression que l'un de mes doigts avait exercée sur la trachée dans le but de l'écarter. Les mouvements respiratoires étaient complètement abolis; j'eus alors l'idée de faire passer, de la tête à l'anus, un courant faible d'une pile de Legendre, que nous avions sous la main toute préparée, et, immédiatement, la respiration reparut; en moins de deux minutes, l'animal était revenu à la vie.

Ayant négligé de constater l'état du cœur avant de faire passer le courant, à quelques jours de là j'asphyxiais un autre lapin en lui comprimant la trachée, après avoir placé préalablement une longue aiguille à acupuncture dans le cœur. Quand l'asphyxie fut complète, que les mouvements respiratoires furent entièrement éteints, j'attendis que le cœur ne donnât plus qu'une impulsion extrêmement faible au doigt; alors l'aiguille oscillait encore avec une certaine force. A cet instant, je fis passer le courant, et, en quelques minutes, l'animal était rendu à la vie. Sur un deuxième lapin, asphyxié de la même façon, j'attendis que les pulsations ne fussent plus percepti-

bles à la main depuis cinq minutes ; alors l'aiguille oscillait encore assez fortement : le courant ranima encore l'animal.

Sur un troisième lapin, j'attendis que les pulsations ne fussent plus perceptibles à la main depuis dix minutes ; l'aiguille oscillait alors assez faiblement : le courant ne rappela pas l'animal à la vie.

Sur un quatrième lapin, je fis passer le courant 15 minutes après la disparition des pulsations cardiaques au doigt, l'aiguille oscillant encore très-faiblement : l'animal ne revint pas.

Enfin, sur un cinquième, je fis passer le courant quand l'aiguille était définitivement immobile, 22 minutes après la disparition des battements cardiaques au doigt : le résultat fut évidemment le même que dans le cas précédent.

J'ajouterai que, sur ces derniers lapins, le courant électrique ne provoqua pas la plus petite des oscillations dans l'aiguille.

Il résulte donc de ces expériences, faites sur l'asphyxie par strangulation, et de celles faites sur l'asphyxie chloroformique, que, dans l'un et l'autre cas, les battements du cœur continuent encore pendant un certain temps, alors qu'ils ne sont plus appréciables à la main, mais qu'ils persistent plus longtemps dans l'asphyxie par strangulation que dans l'asphyxie chloroformique. Il résulte aussi que, dans l'un et l'autre cas, le courant d'induction est incapable de réveiller l'action du cœur quand les mouvements de celui-ci, accusés par l'aiguille ont complètement disparu. Mais tandis que, dans l'asphyxie par strangulation, le courant d'induction, encore capable de ramener les battements du cœur alors qu'ils ne sont plus perceptibles à la main déjà depuis 5 ou 6 minutes, dans l'asphyxie chloroformique, le courant d'induction n'est efficace que si le cœur bat encore suffisamment pour donner un choc transmissible à la main. De ces deux asphyxies, l'une, par conséquent, l'asphyxie chloroformique, est plus grave que l'autre, ce qui ne peut s'expliquer que par l'intervention d'une influence sidérante du chloroforme sur les centres nerveux ou peut-être sur le cœur lui-même.

D'après les expériences que nous venons de relater, on comprendra facilement qu'il nous est impossible d'accorder aux courants continus, pour les cas d'asphyxie chloroformique ou d'asphyxie par strangulation, une supériorité d'action sur les courants intermittents. En les mettant au même niveau, nous croyons être dans le vrai. Mais si, du laboratoire, nous nous transportons sur le terrain de la pratique, nous ne pourrions nous empêcher de donner aux courants d'induction la prééminence. Et en effet, tout d'abord il est difficile d'avoir à sa disposition un appareil qui, comme celui de Re-

mack, se compose de 20, 30, 40 couples analogues à ceux de la pile de Daniel; il est au contraire très-facile de se procurer un appareil d'induction simple dans son mouvement, peu volumineux, et qui par cela même peut accompagner le chirurgien partout où il va. D'autre part, de l'aveu même de MM. Legros et Onimus, les courants continus ne ramènent l'action du cœur que s'ils traversent l'axe cérébro-spinal. En vain, nous ont-ils dit lors de notre réunion, ils les ont appliqués sur le cœur directement, sur le diaphragme, sur les nerfs phréniques; jamais dans ces circonstances ils n'ont pu ramener les animaux à la vie. Or, chez l'homme, l'efficacité des courants d'induction appliqués à ces divers organes a déjà reçu la sanction de l'expérience.

La faradisation des nerfs phréniques a sauvé, dans les mains du docteur Frudberg (de Berlin), un jeune sujet qui, pendant 3 minutes, avait été soumis inutilement à d'autres moyens. L'un des électrodes fut appliqué sur le nerf phrénique, dans le point où le muscle omohydien croise le bord externe du sterno-mastoïdien. L'autre électrode fut pressé aussi énergiquement que possible dans le 7^e espace intercostal. Ces applications furent faites alternativement des deux côtés, et l'on donna à chacune la durée d'une inspiration profonde. Après la dixième interruption, on aperçut un soulèvement de la paroi abdominale, signe d'une contraction du diaphragme, la respiration se rétablit insensiblement, et au bout de vingt minutes toutes les fonctions étaient rentrées dans l'ordre.

William Hargrave a pu rappeler à la vie un individu voué à une mort presque certaine en implantant une aiguille au niveau du diaphragme, l'autre au niveau du scalène, et en faisant passer un courant d'induction à travers ces aiguilles.

Ch. Kidd eut un succès semblable en électrisant les sterno-mastoïdiens par l'intermédiaire d'aiguilles enfoncées dans ces muscles.

L'effet ici fut immédiat; chaque fois que le courant était établi ou interrompu, il survenait un gémissement.

M. Maurice, de Royal Berghs hospital, cité par M. Le Fort dans la dernière discussion à la Société de chirurgie, sur les accidents dus au chloroforme, a aussi réussi en faisant passer un courant dont un des électrodes était placé sur la moelle allongée et l'autre sur l'épigastre. L'action du cœur, qui paraissait abolie, se réveilla instantanément.

Nous venons d'indiquer, pour l'asphyxie par les vapeurs de charbon, même dans ce cas, où il semble que l'électricité doive demeurer sans effet, que la faradisation a été d'un grand secours au docteur

Ziemssen, car elle a sauvé la vie d'un malade. Elle a aussi ranimé, dans les mains de M. Duchenne de Boulogne, un sujet; seulement celui-ci succomba quelques heures après sous l'influence toxique de l'oxyde de carbone. Enfin, pour l'asphyxie par strangulation, les expériences de M. Leroy d'Étiolles ont fait voir que l'électrisation directe du diaphragme rétablissait presque toujours la fonction de respiration éteinte. Sans aucun doute, ce moyen pourrait être utilisé avantageusement chez l'homme. Mais ce procédé ne lui a pas encore, que je sache, été appliqué. Ces exemples suffisent, je pense, pour faire comprendre que le champ d'application des courants d'induction est beaucoup plus étendu que celui des courants continus. Les premiers permettront toujours au chirurgien d'espérer dans la multiplicité des moyens fournis par le même procédé.

A supposer que l'électrisation du nerf diaphragmatique, qui jusqu'ici a le plus souvent été suivi de succès, ne réussisse pas, il pourra recourir à l'électrisation directe du diaphragme, voire même du cœur, et en dernier ou en premier lieu, suivant la gravité du cas, il pourra employer le passage du courant de la bouche à l'anus. A supposer au contraire que le chirurgien n'ait à sa disposition que le courant continu, une fois que celui-ci aura traversé toute la longueur des centres nerveux, si le malade ne revient pas à la vie, toute chance de le sauver par ce procédé sera perdue.

Si les courants électriques raniment avec la plus grande facilité les animaux en état d'asphyxie, sont-ils capables de ranimer les animaux qui ont subi l'influence toxique du chloroforme? Selon MM. Legros et Onimus, le fait ne serait pas douteux pour les courants continus. « Nous avons songé, disent-ils, à les employer dans l'empoisonnement par le chloroforme, où, comme on le sait, il y a arrêt du cœur et de la respiration; une sorte de syncope qui devient rapidement mortelle. Nous avions entre les mains un moyen de ramener les mouvements du cœur, et même de les faire renaître après leur suppression complète, pourvu que cette suppression fût récente. Le succès a dépassé nos espérances: malgré nos prévisions, nous avons été étonnés de voir des animaux soumis à l'action des anesthésiques, et en état de mort apparente depuis deux et même trois minutes, revenir peu à peu à la vie. Des chiens, des rats, des lapins, nous ont présenté cette sorte de résurrection; cependant nous poussions l'empoisonnement jusqu'à ses dernières limites, et il est certain que chez l'homme, où les anesthésiques sont employés avec tant de circonspection, les résultats seraient *à fortiori* aussi sa-

disfaisants. » Mais remarquons que c'est à l'état dans lequel se trouvaient les animaux que MM. Legros et Onimus présentèrent à notre observation que se rapporte ce qu'ils disent de l'empoisonnement chloroformique. Or, tout en admettant, comme nous l'avons dit, que chez ces animaux le chloroforme prenne une certaine part à la sidération des puissances nerveuses cardiaques et respiratoires, il nous paraît impossible de ne pas admettre que l'asphyxie, due à la petite quantité d'air absorbée et mélangée au chloroforme, ne soit pas l'accident prédominant. La manière même dont le chloroforme a été administré, la cessation des mouvements respiratoires avant celle des battements du cœur, la coloration noire du sang dans tout le système artériel, la coloration violacée du poumon, sont des raisons qui ne nous permettent pas le moindre doute sur ce point. Pour juger de l'efficacité des courants sur l'empoisonnement, il me semble qu'il fallait, avant tout, écarter l'asphyxie comme cause de mort. C'est ce que j'ai essayé de faire sur quatre lapins en m'y prenant de la manière suivante : Ayant placé préalablement une épingle dans le cœur, j'ai soumis ces animaux aux vapeurs du chloroforme, qui s'échappaient d'une éponge placée à une certaine distance du nez, faisant en sorte que le chloroforme arrivât toujours dans les voies respiratoires, mélangé à une grande quantité d'air. Les inhalations ont été prolongées jusqu'à ce que la respiration fût abolie, ainsi que les mouvements du cœur, ce qui ne demanda pas moins de trois quarts d'heure, et l'absorption d'une quantité de chloroforme évaluée à 60, 70 grammes pour chaque lapin. La respiration cessa en premier lieu, puis, très-peu de temps après, les battements du cœur ne furent plus perceptibles à la main, placée au-devant de lui, tandis que l'aiguille oscillait encore avec une certaine force. Ces oscillations persistèrent 15, 20 minutes, allant toujours en s'amoindrissant et se montrant de temps en temps irrégulières. Quand l'aiguille n'exécuta plus aucun mouvement, je fis passer le courant d'induction faible, de la bouche à l'anus, à plusieurs reprises, puis un courant plus fort, puis le courant maximum, et pendant tout ce temps l'aiguille n'oscilla pas une seule fois. A l'ouverture de l'animal, le cœur ne démontrait plus que des traces d'excitabilité au courant électrique, les artères ne contenaient qu'une très-faible quantité de sang, d'une rutilance remarquable, la coloration des poumons était très-manifestement rosée. Ces résultats se sont montrés sensiblement les mêmes chez nos quatre lapins. Or, si nous considérons que, dans les conditions où nous nous sommes placés, le cœur avait perdu la plus grande partie de

ou excitabilité à l'électricité, il nous semble difficile de croire qu'aucun courant puisse réveiller son activité presque éteinte.

Ainsi, on voit donc que, soit dans l'asphyxie chloroformique, soit dans l'asphyxie par strangulation, soit dans l'empoisonnement par le chloroforme, quand le cœur a réellement cessé de battre, ce que l'on ne peut savoir qu'en interrogeant une aiguille fixée dans les parois, la mort peut être considérée comme réelle, aucun moyen ne semble dès lors propre à rappeler la vie. Nous verrons plus loin que cette considération ne s'applique pas à la syncope convulsive à de fortes hémorrhagies.

Ici se présente naturellement à ma pensée une question : La mort par empoisonnement chloroformique, telle que nous venons de l'observer chez l'animal, se rapporte-t-elle au genre de mort qui frappe le plus souvent l'homme ? Mon intention, messieurs, n'est point de m'avancer longuement dans cette question qui me transporterait bien vite loin de mon sujet. Toutefois, je tiens à utiliser mes [expériences pour faire remarquer : 1° que l'empoisonnement chez l'animal ne survient qu'après l'absorption d'une dose énorme de chloroforme ; chez l'homme, au contraire, la mort arrive le plus souvent peu de temps après les premières inhalations, alors que la quantité de chloroforme qui a pénétré dans les voies respiratoires n'est pas très-considérable ; 2° que l'empoisonnement chez l'animal survient quand il est dans la résolution la plus complète, et cela depuis un long temps déjà, tandis que chez l'homme c'est pendant la période de demi-sommeil qui précède la période d'excitation, ou pendant cette dernière, que la mort arrive le plus fréquemment ; 3° enfin, que chez l'animal empoisonné par le chloroforme, généralement le cœur disparaît sous la main après que la respiration est suspendue, l'intervalle ne durât-il que quelques secondes ; chez l'homme, au contraire, l'arrêt du cœur, constaté du moins par la main, précède généralement la suspension de la respiration. Si les conditions et les caractères des accidents qui surviennent chez les sujets victimes du chloroforme ne ressemblent dans la généralité des cas ni aux conditions, ni aux caractères de l'asphyxie et de l'empoisonnement tels qu'on les constate chez les animaux, on comprend donc toute la valeur de l'opinion soutenue par nos éminents collègues, MM. Larrey et Perrin, qui pensent que la syncope chloroformique est surtout la conséquence d'une perturbation dynamique effectuée dans le centre psychique, perturbation qui serait spéciale à l'homme. Je re-
viens, messieurs, aux expériences faites devant vous par MM. Le-
gros et Onimus. Après avoir constaté que les animaux qu'ils nous

présentaient à l'état de mort apparente revenaient à la vie, aussi bien sous l'influence des courants intermittents que sous l'influence des courants continus, il nous restait une expérience à faire, expérience en quelque sorte capitale, pour juger de la valeur réelle de l'électricité opposée aux accidents dus au chloroforme. Cette expérience consistait à appliquer à la périphérie du corps, sur une partie naturellement très-sensible, une excitation mécanique, et à voir si cette excitation ranimerait les animaux. Un rat fut donc placé par le chloroforme dans les mêmes conditions, puis, cela fait, nous introduisîmes dans les fosses nasales un stylet dont l'extrémité fut promenée sur les divers points de la muqueuse pituitaire et de la partie supérieure du pharynx. Or, au bout de quelques instants, les mouvements respiratoires revinrent, et l'animal fut rendu à la vie, moins promptement, il est vrai, que les animaux qui avaient été soumis à la galvanisation.

Ce résultat, auquel ne s'attendaient, il faut bien le dire, ni MM. Legros et Onimus, ni les membres de votre commission, refroidit singulièrement notre enthousiasme premier sur la puissance d'action et des courants continus et des courants intermittents, et nous quittâmes le laboratoire avec l'idée que l'électricité n'était, en somme, capable de rappeler à la vie que des animaux qui auraient pu être sauvés par d'autres moyens. Par conséquent, pour nous, la titillation de la lnette, la cautérisation du pharynx, l'attouchement, avec le doigt, de l'ouverture supérieure du pharynx, les brûlures faites à l'épigastre, les frictions rudes faites sur diverses parties du corps, la présentation aux narines d'un flacon rempli d'ammoniaque, tous ces moyens qui, chez l'homme, agissent à la façon de notre stylet, ne nous paraissaient pas être bien inférieurs aux courants électriques. Toutefois, pour juger efficacement cette question, j'il me sembla qu'il était nécessaire de répéter cette expérience. C'est ce que je fis sur quatre lapins qui furent placés, par le chloroforme, dans des conditions à peu près semblables à celles de nos rats. Seulement je pris soin de n'arrêter les inhalations que quand les pulsations cardiaques furent à peine sensibles. Quand cet état fut arrivé, j'introduisis seulement le stylet dans les narines. Or cette excitation mécanique n'eut, chez aucun de ces lapins, une influence quelconque sur l'augmentation des battements du cœur, tandis que le courant intermittent, appliqué encore une minute après l'introduction du stylet, ranima deux de ces animaux. Je dus par conséquent, pour mon compte propre, reconnaître qu'en réalité, l'application de l'électricité est un moyen d'une efficacité certainement plus grande que les autres moyens qui

portent leur action sur la périphérie du corps. Je ne parle pas, bien entendu, de la respiration artificielle, sur laquelle je n'ai fait aucune expérience comparative. Il me reste, messieurs, à vous parler d'une dernière expérience signalée dans la note de MM. Onimus et Legros dans les termes suivants : « Il est un accident terrible où l'efficacité des courants continus est vraiment admirable : c'est la syncope qui succède à une perte de sang abondante. Nous avons vu, sur un animal dont on avait ouvert l'artère carotide, et qui, à la suite de l'hémorrhagie, était dans un état de mort apparente, nous avons vu les courants continus ramener la respiration et la circulation. En cessant l'électrisation, la syncope réapparaissait, pour disparaître de nouveau par l'emploi du même moyen. Trois fois nous eûmes le même résultat, mais la dernière fois la vie persista ; l'animal vécut deux jours, et mourut des suites d'une opération. Certainement, ajoutent ces auteurs, dans des cas désespérés, où l'hémorrhagie fait périr le malade, on a une ressource, la transfusion du sang ; mais les appareils imaginés dans ce but sont loin de rendre l'opération innocente et exigent des mains habiles. Avec les courants continus, le danger est nul et l'application peut en être faite par les plus inhabiles, et on doit les préférer à la transfusion. » MM. Legros et Onimus ont cherché à répéter devant nous cette expérience ; elle n'a pas réussi. Mais nous ne mettons pas en doute un seul instant que le succès annoncé par ces auteurs se soit réalisé entre leurs mains. Seulement il eût été désirable, pour juger de sa valeur réelle, que l'observation relatât quelle était la proportion de sang perdu par l'animal, à quel instant le courant avait été appliqué, si c'était aussitôt que la pulsation cardiaque échappait à la main, ou bien après la cessation définitive de tout battement qu'une aiguille aurait indiquée.

Cette expérience était trop importante pour que je ne cherchasse pas à la reproduire. Une aiguille fut donc placée dans le cœur d'un lapin, après quoi l'artère carotide fut ouverte ; l'hémorrhagie fut très-abondante. Je la favorisai, du reste, en faisant enlever avec une éponge le sang au fur et à mesure qu'il s'écoulait dans la plaie, et en faisant introduire de temps à autre un fin stylet dans le bout central de l'artère. Les battements du cœur diminuèrent en nombre dans un temps rapide, quoique l'aiguille oscillât pendant tout ce temps avec une certaine force. Quand les pulsations indiquées par l'aiguille furent tombées à 30, ce qui arriva 5 ou 6 minutes après la disparition des battements sous le doigt, l'aiguille s'arrêta et se maintint dans l'immobilité la plus absolue. Je fis alors traverser, pendant quelques secondes, tout le corps de l'animal par un courant

d'induction faible, et aussitôt le courant passé, l'aiguille se remit à osciller, en même temps qu'apparut un mouvement respiratoire brusque, énergique. Je crus à cet instant bien fermement que l'animal allait revenir à la vie; mais cet effort respiratoire ne fut suivi d'aucun autre. Le cœur cependant commença à battre pendant 18 minutes, les oscillations de l'aiguille atteignirent le nombre de 30, après quoi elles diminuèrent de plus en plus pour cesser définitivement. Je dois dire que, pendant ces dix-huit minutes, je fis passer le courant électrique cinq ou six fois. A l'ouverture de l'animal, le cœur était complètement vide de sang, ainsi que la plupart des artères; le poumon était blanc, exsangue; la contractilité du cœur, éprouvée par le courant, persistait notablement.

Cette expérience, faite avec toutes les précautions désirables, me permet d'affirmer que, quand il s'agit d'une syncope causée par une hémorrhagie abondante, les battements du cœur, après avoir été totalement suspendus, peuvent encore se rétablir sous l'influence du courant électrique traversant l'axe cérébro-spinal. Et l'on comprend que si, d'une part, il reste dans l'économie une quantité de sang suffisante pour entretenir la circulation, si, d'autre part, le courant passe quand les centres nerveux qui président aux fonctions de respiration et de circulation n'ont pas encore eu le temps de perdre leur excitabilité au courant électrique, on comprend, dis-je, que sous cette influence, les centres puissent reprendre leur activité habituelle, réagir de nouveau sur les fonctions qu'ils subordonnent et ramener aussi la vie.

Dans le cas de syncope par hémorrhagie, l'arrêt définitif du cœur, démontré par l'aiguille exploratrice, n'est par conséquent pas un indice de mort réelle, comme quand il s'agit de l'asphyxie chloroformique, de l'asphyxie par strangulation, de l'empoisonnement par le chloroforme, accidents auxquels les animaux succombent toujours quand les battements cardiaques ont une fois disparu.

A quoi peuvent tenir ces différences? Elles me paraissent dépendre de l'instant variable où le sang a cessé d'arriver à la moelle allongée, comme je m'en suis assuré un grand nombre de fois en observant le calibre et la coloration de l'artère carotide, en pratiquant aussi des piqûres sur cette artère, dans l'asphyxie chloroformique, dans l'asphyxie par strangulation, dans l'empoisonnement par le chloroforme, alors que le cœur avait cessé définitivement de battre; il ne passait plus de sang dans l'artère carotide depuis 10, 15, 20 minutes. Pendant tout ce temps, la contraction du cœur, démontrée par l'aiguille plantée dans sa paroi, était par conséquent trop

peu énergique pour entretenir la circulation générale et fournir notamment au bulbe les matériaux de nutrition nécessaires à son fonctionnement. De là fatalement la réduction de l'excitabilité des centres à des limites excessivement étroites quand le cœur avait cessé de battre, réduction d'autant plus assurée que le dernier sang qui leur était parvenu était du sang chargé d'acide carbonique ou d'un principe toxique, le chloroforme. De là l'impossibilité, pour le courant électrique traversant l'axe cérébro-spinal, de provoquer le retour des battements du cœur.

Dans la syncope par hémorrhagie, au contraire, à partir d'un moment donné, les battements du cœur diminuent en nombre très-rapidement, mais ils ne diminuent pas en force d'une manière proportionnelle aux battements du cœur observés dans les cas d'asphyxie chloroformique, d'asphyxie par submersion et d'empoisonnement chloroformique. Ici le sang circule encore dans les artères carotides une, deux ou trois minutes avant la suspension définitive des battements cardiaques. On comprend donc que, pendant ces deux ou trois minutes, les centres nerveux n'aient perdu encore que très-peu de leur excitabilité, d'autant mieux que le dernier sang qu'ils ont reçu était un sang normal non altéré dans sa composition; on comprend aussi que, soumis dans cette condition à l'action du courant électrique, les centres puissent se réveiller et réagir de nouveau sur les puissances musculaires respiratrices et cardiaques.

L'expérience que MM. Legros et Onimus vous ont signalée, et qui a réussi complètement entre leurs mains, a assurément un intérêt que personne ne peut contester. Réveiller, en effet, toutes les fonctions chez un animal qui meurt par défaut de matériaux nutritifs, à l'aide d'une excitation électrique, c'est là un résultat des plus curieux, des plus inattendus, et qui nous montre, tout aussi bien que les résultats de la transfusion, jusqu'où peut aller la puissance des agents physico-chimiques appliqués à l'exercice et au maintien de la vie. Mais l'électricité doit-elle être préférée à la transfusion, comme le pensaient MM. Legros et Onimus? Je crains que ces auteurs, encore ici, se soient trop hâtés de conclure. La réussite d'une seule expérience faite chez un animal ne me paraît pas suffisante pour qu'on soit en droit de chercher à détrôner une méthode qui déjà a rendu d'immenses services à l'humanité, et je me demande s'il n'aurait pas été plus sage de proposer l'alliance de ces deux moyens, qui, loin d'être antagonistes, ne peuvent que se prêter un mutuel secours: l'un fournissant aux centres nerveux l'oxygène, élément matériel de toute activité nutritive et fonctionnelle; l'autre fournis-

sant l'électricité, un des éléments dynamiques les plus puissants pour réaliser les combinaisons chimiques, pour favoriser les phénomènes de composition et de décomposition organiques, pour assurer aux tissus la conservation ou le retour de leurs propriétés vitales.

En terminant ce rapport, je dois vous avouer, messieurs, que ce n'est pas sans éprouver une certaine peine que j'ai dû me livrer à la critique des expériences et des idées de MM. Legros et Onimus. La sympathie qui m'unit à ces deux physiologistes m'a fait regretter plus d'une fois que cette tâche me soit incombée. Toutefois, tout en reconnaissant que MM. Legros et Onimus ont exagéré la valeur des courants continus au préjudice des courants intermittents, dans les applications qui peuvent en être faites aux accidents provoqués par le chloroforme, votre commission se plaît à louer leurs efforts, qui, sans aucun doute, contribueront à fixer l'attention d'une façon plus spéciale sur les ressources que l'électricité peut offrir à la pratique de la chirurgie et de la médecine.

En conséquence, votre commission vous propose :

1° De remercier MM. Legros et Onimus de leur intéressante communication ;

2° D'insérer leur travail dans nos bulletins.

M. BROCA. Je voudrais faire ressortir ce qu'il y a d'important dans les recherches de MM. Legros et Onimus. Ils ont engagé la science dans une voie non encore parcourue, en montrant que les courants continus agissent sur la contraction musculaire, non-seulement au moment où on les ouvre et où on les ferme, mais pendant toute leur durée.

Au point de vue de la théorie, le rapport de M. Liégeois nous a montré que les auteurs s'étaient mépris sur quelques interprétations des phénomènes, et il nous a montré aussi que quelques chirurgiens avaient pu, par la faradisation, réveiller des malades en état de mort apparente. Mais il y a là un danger : c'est que, dans des mains imprudentes, il y a péril à voir appliquer la faradisation dans la région du nerf phrénique, car on peut galvaniser le pneumo-gastrique et paralyser définitivement le cœur.

La méthode de MM. Legros et Onimus ne présente pas ces dangers, puisque les réophores sont appliqués à la bouche et à l'anus. M. Liégeois nous montre qu'un courant faible vaut mieux qu'un courant fort ; c'est un service signalé qu'il nous rend ; mais n'y a-t-il pas été amené par les recherches mêmes de MM. Legros et Onimus ? Del'aveu

du rapporteur, l'injection réveille les fonctions éteintes, non parce qu'on donne des globules, mais parce qu'on donne de l'oxygène. La transfusion est plus efficace que la galvanisation dans la syncope par hémorrhagie; mais quand M. Liégeois dit qu'il est bon d'appliquer l'électrisation non avant, mais après la transfusion, il oublie qu'on n'a pas sous la main les instruments nécessaires à cette dernière opération.

M. FERRIN. Le principal mérite du rapport est d'avoir fait ressortir la différence de la faradisation à haute et à faible dose. M. Broca attache une importance exagérée à la proximité du pneumo-gastrique; la galvanisation de ce nerf par des courants faibles, loin de les arrêter, excite les battements du cœur.

M. LIÉGEOIS. Je regrette que la discussion qui vient d'avoir lieu m'oblige à dire que le mémoire, loin de mériter de si grands éloges, est à critiquer dans presque tous les points; je regrette surtout de dire ce que j'aurais voulu taire, que les auteurs, loin d'avoir fait faire un progrès, ne sont pas au courant de la science, et cela, dans une proportion regrettable.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 24 MARS 1869

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *Le Sud médical* (de Marseille).

De l'Académie royale de médecine de Belgique, *les Fascicules* : 3^e série. Tome II, n^o 11, et tome III, n^o 1. — *La Table alphabétique complète des tomes I à IX (1858-1866)*, par le docteur MANUS. — *Le catalogue de la bibliothèque.*

M. HEURTAUX, membre correspondant, adresse les deux articles :

Corne (production cornée) et Cor, extraits du dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

M. GUÉNIOT dépose sur le bureau : *Vomissements incoercibles de la grossesse, guéris par les cautérisations du col utérin*, par le docteur E. Mourey, broch. in-8, 1869.

M. DEPAUL offre à la Société : *Recherches cliniques sur les rétrécissements du bassin, basées sur 414 cas observés à la clinique d'accouchement de Paris pendant seize ans, avec quinze tableaux statistiques*, par M. Stanesco. — Paris, A. Delahaye, 1869.

M. le docteur ROUGE, chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Lausanne, adresse les observations suivantes :

Lipome fibre-graisseux. — H..., âgé de 60 ans, agriculteur, vigoureux vieillard, maigre, sec, bien musclé. Début de la tumeur il y a dix ans; elle atteint en deux ans l'énorme développement qu'elle présente aujourd'hui; reste dès lors stationnaire. La tumeur est ferme, résistante, molle en certains endroits; ulcération à la partie inférieure. Elle est suspendue aux reins par un pédicule long de 20 centimètres, large de 20; il y a 9 centimètres d'épaisseur et 48 de circonférence. La tumeur a dans le sens transversal 46 centimètres, dans le sens antéro-postérieur, 22 centimètres en dessus, 25 en dessous; dans le sens vertical, 27 centimètres. — Opération avec le bistouri le 14 février dernier. Je lie les vaisseaux à mesure que je les coupe; quatorze artères, quelques veines béantes, exigent des ligatures. La plaie est lavée avec de la glycérine phéniquée au dixième; un grand drain est placé au fond de la blessure, dont les bords sont réunis par une quinzaine d'épingles avec suture entortillée. Pansement à l'eau froide.

La tumeur pèse 14 kilogr. 250 grammes (28 livres 1/2). Ce volumineux lipome est divisé par des cloisons fibreuses en lobes nombreux, en général de la grosseur du poing; quelques-uns étaient beaucoup plus développés. — Après l'opération, le malade est très-abattu; il reste tout le jour dans un état inquiétant de dépression morale, de prostration physique. Pouls petit, misérable et rapide. Soif ardente. Figure très-pâle. Tendance aux syncopes. Refroidissement. — Vin à discrétion. — Aujourd'hui H... est guéri, mais il existe encore une petite plaie de la largeur et de la longueur du pouce en suppuration; lorsqu'elle sera fermée, ce qui ne tardera pas, il ne restera de l'opération qu'une cicatrice linéaire. Sort guéri le 18 mars 1869.

Nouveau procédé de traitement des fractures du maxillaire inférieur. — Le 15 janvier 1865, entre dans mon service un

jeune homme de 22 ans, qui s'était brisé la mâchoire inférieure, quinze jours auparavant, en tombant d'un escalier rapide. La fracture part de l'incisive latérale gauche; sa direction est oblique de haut en bas et d'avant en arrière; le fragment antérieur se trouve cassé en biseau et aux dépens de la face interne, le fragment postérieur aux dépens de la paroi externe. Il existe un déplacement considérable. La branche gauche du maxillaire est attirée en dedans, de telle façon que son extrémité se place derrière l'incisive latérale droite, tout près de la canine; de plus, ce fragment est si fortement abaissé, que les dents sont d'un fort travers de doigt en dessous du niveau de celles de l'autre portion de la mâchoire. Il y a sous le menton une large plaie contuse par laquelle s'écoulait de la salive et du pus; le stylet arrive par là sur l'os dénudé.

La direction oblique de la fracture dans l'épaisseur même du maxillaire expliquait le déplacement en bas et en dedans; le mylo-hyoïdien, le génio-hyoïdien, avaient, sans nul doute, gardé tous deux leurs insertions, et peut-être même quelques fibres des digastriques restaient-elles fixées à l'os. L'action de ces muscles, insérés à l'extrémité d'un levier assez long, surpassait celle des élévateurs, qui, dans la majorité des cas, relèvent le fragment postérieur, en même temps qu'ils le portent légèrement en dehors.

Pour maintenir cette fracture, j'eus tout d'abord recours à l'appareil Morel-Lavallée; notre blessé avait toutes ses dents entières et superbes. La gouttière, bien moulée et durcie, n'empêchait pas cependant le double déplacement; je renforçai la gutta-percha d'un fort fil de fer recourbé en fer à cheval, et caché dans l'épaisseur du petit appareil; une fronde appuyait le menton. Malgré cela, le fragment postérieur s'abaissait et glissait derrière son voisin. J'imaginais alors de faire deux attelles de gutta-percha, moulées sur le maxillaire et reliées entre elles par un fil métallique passant au travers des fragments, qui seraient maintenus ainsi solidement rapprochés.

Pour perforer l'os, je me servis du drille, instrument d'horloger. Je fis le premier trou entre deux racines de dents, à peu près au niveau du sillon gencivo-labial; le fragment antérieur fut perforé à la même hauteur sur la symphyse. Deux fils d'argent d'un fort calibre sont alors facilement glissés dans les trous; arrivés sur le plancher buccal, les extrémités internes furent recourbées, et ramenées au dehors pour traverser une petite plaque de gutta-percha sur laquelle ils sont fixés l'un à l'autre et tordus; attirant alors à moi les deux fils, la gutta-percha, légèrement ramollie, est entraînée dans la bouche, et vient s'appliquer contre la paroi postérieure du maxillaire, contre le-

quel elle se moule en réduisant la fracture. Un second morceau de gutta-percha, traversé par les bouts antérieurs et libres de la suture, est pressé contre la face antérieure de la mâchoire; les attelles suffisamment durcies, les fils sont vigoureusement tordus avec une pince à mors plats. Le malade nous dit aussitôt : Maintenant je peux manger. Ce jeune homme quitte l'hôpital le 10 février; la fracture était régulièrement consolidée, et la plaie tout à fait cicatrisée; il n'y eut pas de nécrose. Non-seulement l'appareil fut bien supporté pendant plus de trois semaines, mais encore il éprouva un grand soulagement. Les premiers jours, j'ai permis une alimentation composée de viande hachée, de légumes déjà trempés; le malade ne tarda pas à réclamer un régime plus solide et plus normal.

M. KÖBERLÉ envoie à la Société une observation d'extirpation d'une tumeur fibro-graisseuse, du poids de 5 kilogrammes, développée à la partie interne de la cuisse. — Guérison.

Discussion sur les tumeurs fibreuses de l'utérus (Fib.).

M. DEPAUL. La discussion sur les corps fibreux de l'utérus s'est terminée en mon absence; je désirerais répondre quelques mots aux orateurs qui y ont pris part.

Cette discussion a porté sur trois points principaux :

1° Les corps fibreux augmentent-ils de volume pendant la grossesse ?

2° La grossesse amène-t-elle quelques modifications dans leur consistance ?

3° Au moment de l'accouchement, faut-il donner la préférence à la version sur le forceps ?

Sur le premier point, tous ceux qui ont pris la parole sont unanimes; sauf M. Guéniot. Je ne nie pas, dit-il, que la chose soit possible; mais puisque les corps fibreux, et je le prouve par des exemples, se développent sans la grossesse, qu'y a-t-il d'étonnant à ce que le volume augmente pendant la gestation ?

La question n'est pas telle que la pose M. Guéniot; il s'agit de savoir si l'on peut rapprocher le développement lent de ces tumeurs pendant la vacuité de l'utérus, de leur développement rapide pendant la grossesse. Or, sur ce point, je ne trouve qu'une observation de M. Köberlé, observation qui manque d'autorité, parce qu'elle manque de détails suffisants, et, dans tous les cas, les faits cités par M. Guéniot sont absolument exceptionnels.

Mais, ajoute M. Guéniot, il y a de ces tumeurs qui, en dehors de l'état de grossesse, peuvent se ramollir et disparaître; et il nous cite le cas d'une jeune Péruvienne qui a vu sa tumeur perdre la plus grande partie de son volume, en dehors de toute condition de grossesse ou d'accouchement. A côté de ce cas, je puis en citer un autre tout contraire : j'ai pu suivre, chez une femme enceinte, le développement d'un corps fibreux; ce corps avait augmenté considérablement de volume; puis, après l'accouchement, il commença d'abord à diminuer de consistance. J'ai revu cette femme trois mois après son accouchement : le corps fibreux était revenu à son volume primitif. Peut-on dire que ce développement si rapide, que ce retour en arrière, n'est pas évidemment en rapport avec les modifications physiologiques que subit l'utérus à l'état de gestation ?

Quant à M. Tarnier, nous sommes d'accord sur les points de physiologie pathologique; nous différons sur un point de pratique. M. Tarnier croit à la supériorité de la version sur le forceps; je crois au contraire à la supériorité du forceps sur la version; et M. Tarnier a résumé son opinion en disant : La clinique et le raisonnement montrent que la version est préférable au forceps. Pour soutenir cette thèse, les faits d'accouchements dans les cas de corps fibreux ne suffisent pas. Si nous voyons les choses d'une manière plus générale, nous pouvons dire que, dans les cas dans lesquels le bassin de la mère est mal conformé, la version est beaucoup plus dangereuse pour la femme et pour l'enfant. Ainsi, sur 414 cas d'accouchements dans lesquels il y avait vice de conformation du bassin, on fit 42 fois la version. Il y eut 18 fois mort de la femme, et 24 fois guérison. Quant aux enfants, il y eut seulement 8 enfants vivants.

Dans 408 cas on appliqua le forceps; il y eut 83 enfants vivants, et il n'en mourut que 25; 84 femmes survécurent, 24 seulement moururent. Il y a donc, d'une manière générale, supériorité du forceps sur la version. En est-il de même dans les cas de tumeurs fibreuses ? M. Tarnier espère avec la main dilater le col et repousser la tumeur; mais lorsqu'on a introduit la main dans l'utérus de ces femmes, les dangers de la version sont doubles, car, outre les dangers ordinaires, on a à craindre plus encore la déchirure du tissu utérin.

Pour ce qui regarde l'enfant, on peut dire que si la version est plus dangereuse dans les cas ordinaires, elle doit l'être, à bien plus forte raison, dans les cas de tumeurs fibreuses. M. Tarnier croit que les tumeurs fibreuses peuvent s'aplatir, cela est vrai; mais l'aplatissement ne peut jamais être complet.

En résumé, je continue à regarder le forceps comme supérieur à la version, dans les cas de tumeurs fibreuses.

M. TARNIER. Dans toute mon argumentation, je n'ai eu en vue que les tumeurs fibreuses contenues dans le petit bassin, et pouvant s'opposer à l'engagement de l'enfant. La thèse de M. Ganesco, dans laquelle M. Depaul a puisé les chiffres sur lesquels il base son argumentation, a traité seulement des rétrécissements osseux du bassin.

La discussion est définitivement close.

PRÉSENTATIONS

Tumeurs dentaires. — M. BROCA montre plusieurs pièces pathologiques portant toutes des dépôts de tartre adhérents à la dent, et constituant des tumeurs qui ne peuvent guère être enlevées qu'avec les dents correspondantes. Ces tumeurs siégeaient à la mâchoire inférieure, en arrière des incisives ; à la mâchoire supérieure, sur la face externe de la deuxième molaire. Ces tumeurs dentaires, d'après M. Broca, sont dues à la précipitation des matières salines excrétées par les grandes salivaires.

M. PAULET. J'ai eu l'occasion de voir une tumeur formée par le tartre, chez un vieillard assez âgé ; ce vieillard avait des dépôts de tartre dans toute la bouche ; mais la tumeur, qui était formée par un dépôt plus considérable, existait à la mâchoire supérieure, plus en arrière que ne le dit M. Broca.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel, LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 31 MARS 1889.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *Le Bulletin de thérapeutique.* — *L'Art dentaire.* — *La Gazette médicale de Strasbourg.* — *Le Mém-*

seille médical, numéros de janvier et de mars, contenant un *Mémoire sur les hématoécèles de la région testiculaire*, par M. Chapplain, membre correspondant.

Opération de la fistule vésico-vaginale, sans l'aide d'assistants, avec des considérations sur la valeur relative du clamp de la suture métallique interrompue et de la suture à bouton (en anglais), par Nath. Bozeman. — Broch. New York, 1869.

COMMUNICATIONS

Fracture des deux os de la jambe. — Plaie. — Tétanos. — Mort pendant l'administration du chloroforme. — M. Labbé. — Jacques A..., marchand de parapluies, âgé de 42 ans, entre le 19 janvier 1869 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le docteur Labbé. Cet homme, qui présente une taille au-dessus de la moyenne et une forte corpulence, poursuivant son fils qu'il voulait corriger, saute, par une fenêtre, de 2 mètres de haut à peu près ; il tombe sur *les pieds*, mais se trouve presque aussitôt renversé et cherche à se relever ; à chaque effort il retombe, après des douleurs très-vives dans la jambe gauche ; il est transporté immédiatement à l'hôpital.

Le 19 janvier, au soir, on constate une mobilité extrême du tiers inférieur de la jambe et une large crépitation ; la fracture du tibia semble siéger à la réunion du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'os, sans chevauchement.

La fracture du péroné communique à l'extérieur par une plaie verticale de 3 à 4 centimètres de long, située à deux travers de doigt au-dessus de la base de la malléole. Les bords de la plaie, écartés, laissent écouler en nappe une petite quantité de sang animé de mouvements rythmiques. En épongeant, on aperçoit les muscles et les tendons péroniers, ainsi que la surface même du péroné. La mobilité extrême et la crépitation très-grosse, qu'on perçoit en ce point, permettent de penser que la fracture est multiple, et qu'on tombe sur un fragment complètement isolé du reste de l'os.

On se contente, en attendant la visite du lendemain matin, d'arrêter l'hémorrhagie au moyen de rondelles d'agaric et d'une légère compression, et de placer le membre dans une gouttière.

Le 20, la plaie s'est fermée par le rapprochement des parties profondes ; l'hémorrhagie est arrêtée ; bandage par occlusion au diachylon ; charpie chlorurée et gouttière qui sera continuée les jours suivants.

Le 21, quelques douleurs dans la jambe ; la plaie est entourée par

une rougeur assez vive de lymphangite ; plusieurs trajets rouges à la face interne de la cuisse ; on sent, au-dessous et un peu en dedans de la rotule, un petit point crépitant, mobile sous la pression (léger emphysème). Même traitement.

Le 22, la rougeur s'étend à presque toute la jambe ; gonflement assez considérable ; l'emphysème n'a pas augmenté en avant du tibia ; au niveau de la plaie, rougeur très-foncée avec saillie arrondie surmontée d'une phlyctène. — Pouls à 100. Large cataplasme.

Le 23, rougeur et œdème de la partie externe de la cuisse dans toute sa longueur ; on y pratique une longue incision de 8 centimètres, comprenant la peau et le tissu cellulaire. — Cataplasmes.

Le 24, la rougeur et l'œdème de la cuisse ont beaucoup diminué au moyen de l'incision. Point fluctuant à la partie interne et inférieure de la jambe ; incision de 4 centimètres. — Cataplasmes.

Le 25, délire pendant la nuit, constriction des mâchoires ; les plaies se recouvrent de pseudo-membranes blanchâtres. — Opium à l'intérieur, 15 centigrammes.

Le soir, faciès un peu amaigri et pâle ; pouls à 95 environ température rectale 39°C ; pas de délire pendant la journée, intelligence nette ; la contraction des mâchoires empêche complètement le malade d'écarter les dents ; les boissons introduites dans la bouche ne peuvent franchir l'isthme du gosier sans produire des accès de toux et même de suffocation ; les mouvements des yeux, des paupières, de la tête, dans tous les sens, se produisent avec une intégrité complète.

Du côté du membre, les accidents semblent se localiser autour de la fracture ; toute la moitié inférieure de la jambe est encore gonflée, d'une teinte rouge lie de vin, avec quelques points plus foncés. Les bords de la plaie et des incisions sont épaissis, écartés, renversés en dehors : un enduit blanc jaunâtre, peu consistant, mollasse, remplit toute leur profondeur ; ces fausses membranes se détachent facilement en laissant une surface rouge très-peu saignante.

Les plaies sont lavées jusque dans leur profondeur avec de l'eau alcoolisée, injectée à l'aide d'un irrigateur ; les cataplasmes, humectés d'alcool, sont recouverts de laudanum. — Continuation de l'opium à l'intérieur.

Le 26 matin, faciès altéré, les yeux un peu excavés ; à la constriction des mâchoires s'est ajoutée la contraction des muscles postérieurs du cou ; la tête est fortement fléchie en arrière ; la colonne vertébrale commence également à s'incurver ; les muscles des gouttières vertébrales présentent une souplesse à peu près normale, tan-

dis que les muscles cervicaux postérieurs, comme le masséter et le sterno-mastoïdien, présentent une rigidité extrême.

La parole devient impossible, comme la déglutition. Interrogé sur l'intensité des douleurs qu'il éprouve dans les muscles contracturés, le malade, en raison de l'opisthotonos, ne peut répondre *oui* qu'en abaissant les paupières supérieures. Interrogé plusieurs fois, il répond de manière à montrer que son intelligence est conservée. De temps en temps, il pousse un cri prolongé, ordinairement suivi de l'expulsion des mucosités, et qui semble être produit par les efforts qu'il fait pour chasser ces mucosités de son larynx. La température rectale est de 38°6.

Les plaies se présentent sous un mauvais aspect; les fausses membranes sont à demi dissoutes en une sorte de bouillie sânieuse mêlée de sang; pendant les mouvements, de petites bulles de gaz s'échappent des profondeurs de la plaie qui se trouve à la partie antérieure et inférieure de la jambe.

Les plaies sont nettoyées avec soin et recouvertes par le pansement ordinaire.

C'est alors que devant les progrès rapides de la contracture, on cherche le moyen de la combattre; on pense d'abord au curare, qu'il est impossible de se procurer, et on a recours au chloroforme.

Quelques grammes sont versés sur une compresse qu'on approche du visage du malade; mais à peine celui-ci a-t-il fait quelques inspirations que la respiration devient stertoreuse, la face violacée, le pouls disparaît; on s'empresse d'enlever la compresse et de pratiquer la respiration artificielle; cependant l'asphyxie augmente, et le malade présente tous les signes de la mort apparente.

On écarte alors les mâchoires en employant une grande violence, et on tire rapidement la langue au dehors au moyen d'une érigne. Le malade est placé la tête en bas, et on renouvelle avec succès la respiration artificielle.

Des mouvements inspiratoires saccadés reparaissent, d'abord rares, puis plus fréquents; on voit ensuite se produire des mouvements rapides, comparables à des convulsions toniques, dans le bras et dans les jambes; enfin la respiration et la circulation reviennent; en même temps réapparaissent les contractures, qui avaient complètement disparu pendant ces quelques instants.

Le malade pousse quelques cris, ouvre les yeux, enfin présente un état qui permet de cesser la respiration artificielle, et de le replacer dans son lit.

Il était dans cet état, relativement satisfaisant, lorsqu'on s'aper-

poit que sa langue, prise entre les dents et serrée avec une grande force, est gonflée, violacée, et menace d'être coupée entre les mâchoires. On écarte alors les dents, et elle est réintégrée dans la bouche sans aucun trouble respiratoire.

Une minute après, arrêt subit de la respiration, coloration violacée de la face. On recourt immédiatement de nouveau à la respiration artificielle, en tirant la langue avec une érigne ; mais quelques mouvements, quelques efforts d'inspiration apparaissent seulement d'une manière passagère, puis ils diminuent.

Comme la bouche et le pharynx sont remplis de mucosités qu'il est impossible d'extraire, on se décide, comme dernier moyen, à pratiquer rapidement la trachéotomie : l'air pénètre et sort facilement par la canule ; mais malgré des insufflations, malgré une respiration artificielle énergique et soutenue pendant plus d'une demi-heure, les fonctions s'arrêtent complètement, la peau commence à se refroidir. La pupille gauche est un peu dilatée, la droite contractée. Il manque moins de 4 grammes de chloroforme dans la bouteille. Une chose digne de remarque, c'est que, dans les deux accès d'asphyxie, la langue n'était pas entraînée dans le pharynx, surtout dans le second accès, où il a été bien constaté qu'elle était immédiatement appliquée derrière les arcades dentaires.

Voici l'état des divers organes, constaté à l'autopsie :

Encéphale. — Rien d'anormal à la dure-mère. Aspect louche de l'arachnoïde. Injection des vaisseaux de la pie-mère, prononcée surtout en arrière. Dans les deux tiers antérieurs et sur la convexité, on remarque le long des sillons de petites taches blanchâtres, nombreuses, de 1 millimètre de diamètre environ, siégeant dans l'épaisseur de l'arachnoïde et semblables à de petits dépôts fibrineux. Léger épanchement louche, fibrineux, dans l'espace sous-arachnoïdien. En décollant les enveloppes du cerveau, on voit qu'elles sont très-peu adhérentes, et que la superficie des circonvolutions présente un peu moins de consistance qu'à l'état normal.

A la coupe, la substance blanche, ainsi que la substance grise, ne présentent rien de sensiblement anormal comme coloration, ni comme piqueté.

Rien non plus d'anormal dans les ventricules.

Cavité thoracique. — Les deux poumons, mais surtout le gauche, présentent une congestion marquée dans toute leur hauteur ; cependant les lobes supérieur et moyen du poumon droit présentent cet état à un degré beaucoup plus faible. Quelques noyaux indurés aux deux sommets.

Le cœur est volumineux, chargé de graisse, sans lésions des orifices ni des valvules; la crosse de l'aorte montre à sa surface interne un très-léger commencement d'athéromes.

Dans l'abdomen, il n'est constaté rien d'anormal dans aucun organe.

Le mésentère et le grand épiploon sont chargés d'une masse considérable de graisse, comme les parois de la poitrine et de l'abdomen, qui sont en rapport avec l'embonpoint général du sujet.

Note de M. Quinquaud (interne des hôpitaux), qui a fait l'examen micrographique du cerveau et de ses enveloppes. « En ouvrant la boîte crânienne et en incisant la dure-mère, il s'écoule une certaine quantité de liquide un peu trouble.

« La pie-mère est injectée, adhérente à la substance corticale; son épaisseur est augmentée.

« Si l'on vient à la placer sous le champ du microscope, on voit de nombreux vaisseaux gorgés d'hématies; les parois de ces conduits sont formées par des noyaux allongés et multipliés; c'est surtout en traitant la préparation par le carmin et l'acide acétique que ces derniers apparaissent très-nets.

« Entre les vaisseaux, nous apercevons différentes sortes d'éléments :

« 1° Des noyaux granuleux de 9 millimètres;

« 2° Des corps vésiculeux à un ou plusieurs noyaux, de 15 millimètres;

« De telle sorte que je ne puis mieux comparer cet aspect de la pie-mère qu'à celui de la pie-mère d'un fœtus de sept à huit mois.

« La surface des circonvolutions apparaît alors sous l'œil nu comme chagrinée, veloutée; si l'on fait une coupe, on constate que toute la substance grise périphérique est rouge, vascularisée; cet aspect est le même pour la substance grise des corps striés et des couches optiques; cet état s'observe encore au cervelet (substance grise) et au bulbe jusqu'au renflement cervical.

« Au microscope, une coupe de la substance grise périphérique nous montre un fond granulo-graisseux sur lequel se dessinent des éléments nombreux que l'on peut diviser en trois catégories :

« 1° De petits noyaux libres plus granuleux qu'à l'état normal: ce sont les noyaux de la névroglie qui ont proliféré;

« 2° D'autres plus volumineux, cellulaires, se colorant comme les premiers par le carmin; très-probablement de nature connective et renfermant un ou plusieurs noyaux;

« 3°. Certains autres sont entourés d'une matière granuleuse, sans membrane d'enveloppe distincte.

« Enfin, sur une préparation traitée par la teinture d'iode, nous avons pu retrouver quelques cellules nerveuses avec un prolongement : elles sont peut-être un peu plus granuleuses qu'à l'état normal.

« Les granulations grisâtres de ces éléments sont de nature protéique pour la plupart; l'acide acétique, en effet, pâlit beaucoup ces corpuscules et ces cellules.

« Les capillaires forment des mailles serrées et sont gorgées d'hématies; les noyaux de leurs parois ont considérablement augmenté en nombre. Ces divers vaisseaux sont entourés par de petits amas de granulations graisseuses.

« Enfin, on y découvre des corps granuleux de Gluge.

« Les tubercules quadrijumeaux sont sains.

« Des coupes de bulbe nous font voir une substance rouge, vasculaire; c'est la substance grise et une petite portion de la substance blanche avoisinante; ces régions, examinées histologiquement, nous montrent des corps amyloïdes arrondis, assez nombreux; des vaisseaux à une ou deux tuniques, avec de nombreux noyaux dans leurs gaines, des amas de granulations graisseuses sur leurs parois, quelques corps granuleux de Gluge, et des corps nerveux qui sont à peu près sains; cependant quelques-uns ont perdu leur enveloppe de myéline.

« En résumé, il s'agit, dans ce cas particulier, d'une méningo-encéphalite aiguë superficielle et diffuse des couches corticales du cerveau, avec des altérations d'irritation inflammatoire du côté de la substance grise du bulbe. »

Examen de la fracture. — Par une longue incision verticale, comprenant la partie antéro-externe du tiers inférieur de la jambe, on tombe sur les désordres suivants :

L'extrémité inférieure du péroné est chassée en arrière et en dehors très-écartée du tibia, et sa mobilité extrême semble démontrer qu'elle est complètement détachée par la rupture des ligaments latéraux externes et la déchirure du ligament interosseux. Cette dernière lésion se constate faiblement; à la place du ligament interosseux, dans son tiers inférieur, on ne trouve qu'un amas de fibres ligamenteuses et musculaires et d'esquilles. D'ailleurs, les rapports exacts de toutes ces parties sont difficiles à préciser, à cause de l'obligation de ne pas détacher complètement le pied de la jambe.

DISCUSSION

M. LÉON LE FORT. L'observation de M. Labbé me rappelle un cas que j'eus l'occasion d'observer en 1853, à l'hôpital Saint-Louis. Il s'agissait d'un homme atteint de tétanos et présentant de temps en temps, comme par accès, une augmentation considérable de la roideur générale. Mon collègue M. Bidard et moi, nous crûmes pouvoir employer un moyen qui nous avait réussi dans l'éclampsie et nous espérâmes pouvoir, par la chloroformisation, arrêter ou modérer ces accès, pendant lesquels nous craignions de voir survenir la mort. Lorsque nous eûmes donné une faible quantité de chloroforme, loin d'arriver rapidement à la résolution et comme si l'excitation de la première période de l'anesthésie venait ajouter son effet à celui des contractions tétaniques, un spasme de la glotte, des muscles de la poitrine, de l'abdomen, nous fit craindre un moment de voir le malade succomber sous nos yeux à une double cause d'asphyxie. Ces deux faits tendraient à me faire croire à la nécessité d'une grande réserve dans l'emploi des anesthésiques chez les tétaniques, et peut-être même à l'utilité de l'abstention complète.

M. DEMARQUAY. J'ai observé, dans des conditions analogues à celles dans lesquelles se trouvait le blessé de M. Labbé, deux malades atteints de tétanos; je n'ai pas cru devoir conseiller la chloroformisation, et je ne comprends guère l'emploi des anesthésiques dans ces circonstances. En effet, le tétanos, ou plutôt les contractions tétaniques ne sont qu'un symptôme d'un état pathologique dont la nature intime nous échappe; mais quand, par le sommeil chloroformique, on aura fait momentanément cesser les symptômes, cela n'empêchera pas les contractions de reparaitre au moment du réveil du malade.

M. PERRIN. Je ne puis partager l'opinion de M. Demarquay. Sans doute la contraction est un symptôme, mais c'est un symptôme qui tue, et la chloroformisation, en faisant cesser la contraction au moment où, arrivant à son paroxysme, elle menace de faire périr le malade par asphyxie, peut le sauver en l'amenant sain et sauf jusqu'à l'instant de la rémission.

Pour moi, je crois également qu'il y a danger à employer le chloroforme dans le cas de tétanos, et j'y ai été amené par le raisonnement. Les anesthésiques produisent deux espèces d'action : l'une excitante, c'est la première; l'autre paralysante. Dans le fait de M. Labbé, c'est dans la période d'excitation que les accidents sont

arrivés. Si la situation d'un tétanique devient grave, on peut employer l'anesthésie; mais il faut arriver le plus vite possible à la résolution. Dans l'éclampsie, le chloroforme a été employé avec succès; je pourrais l'employer dans le tétanos, si mon malade me paraissait momentanément menacé d'asphyxie par excès de convulsion tonique. Dans le cas de M. Labbé, à quoi peut-on attribuer la mort? Est-ce à la rétrocession de la langue? cela me paraît peu probable; il me paraît beaucoup plus vraisemblable que la mort a été due au spasme du larynx et du diaphragme.

M. TILLAUX. Je ne crois pas qu'on puisse donner à l'observation de M. Labbé le titre de mort par le chloroforme, car la mort est arrivée plusieurs heures après la chloroformisation.

M. GIRALDÈS. Il est important de distinguer deux espèces de tétanos : le tétanos chronique, qui guérit quelquefois; le tétanos aigu, qui guérit rarement. Quant aux lésions dont parle M. Labbé, Lockart Clark avait parlé déjà de ces proliférations dans le bulbe rachidien.

M. Labbé s'est trompé en attribuant à M. Perrin le conseil de pratiquer la trachéotomie; il le trouvera indiqué dans mon article Trachéotomie.

Syme a montré que la rétrocession de la langue est assez souvent cause d'accidents; M. Labbé s'est servi, pour retirer la langue en avant, d'une érigne double; il est préférable de faire usage de la pince que les chirurgiens prussiens portent constamment dans la boutonnière de leur uniforme. Dans le cas actuel, la mort a certainement été précipitée par la chloroformisation.

M. TRÉLAT, comme M. Giraldès, insiste sur le danger de la rétrocession de la langue qui a lieu au moment où la période d'excitation fait place à celle de sédation; la traction de la langue en avant est suivie immédiatement de la disparition des accidents et souvent du retour de la sensibilité.

M. PERRIN nie que la rétrocession de la langue ait lieu au moment de la sédation; il ne croit pas non plus à l'influence de la traction de la langue, si ce n'est comme moyen d'exciter directement la glotte, ou du moins la partie supérieure du larynx. Quant à la trachéotomie, elle a été, dit-il, conseillée avant la publication de son livre.

M. PAULET. Le stertor qui annonce que la langue se porte en arrière arrive pendant la période de collapsus; mais je l'ai vu souvent pendant la période d'excitation.

M. LIÉGEOIS, comme M. Perrin, ne croit pas à l'utilité de la traction de la langue en avant.

M. CHASSAIGNAC a employé sans accident le chloroforme dans des cas de tétanos.

MM. DEMARQUAY, LE FORT, TRÉLAT et PANAS ne croient pas que la fracture spéroïde dont M. Labbé donne un exemple soit aussi rare que le dit M. Labbé ; mais leur avis est que, dans ces circonstances, l'amputation est en général le parti auquel il faut avoir recours.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 31 MARS 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *Les Archives générales de médecine.* — *La Revue d'hydrologie médicale.* — *Le Journal de médecine de l'Ouest.*

Le second fascicule du tome II du *Traité des maladies des yeux*, de M. Wecker. — Ce volume contient les *amauroses, les maladies de l'accommodation et de la réfraction.*

De l'*Aguerrissement des armées.* — *Études d'hygiène*, par le docteur vicomte de Vauriel. In-18, Paris, 1869.

M. Vidrenne, médecin militaire, adresse à la Société deux travaux manuscrits intitulés : *De l'emploi du camphre alcoolisé en chirurgie.* — *Nécrose partielle de la partie inférieure du tibia. Extraction de séquestre. Guérison.* — Renvoyés à une commission composée de MM. Perrin, Legouest et Paulet.

COMMUNICATIONS

M. GUÉRIN. — *Bec-de-lièvre double avec saillie de l'os inter-maxillaire, suture métallique des os.* — *Section sous-périostée d'un segment de la cloison.* — *Congélation du tubercule médien.* (Observation recueillie par M. le docteur DAUDET.) — Auguste D..., âgé de 6 mois et demi, est affecté d'un bec-de-lièvre

double, compliqué de saillie considérable de l'os intermaxillaire et de division du palais et de son voile dans toute leur longueur. Cet enfant est fort et robuste pour son âge.

L'os incisif, suspendu au bout du nez, fait en avant une saillie d'un centimètre et demi environ ; son diamètre transversal a deux centimètres. Cet os supporte le tubercule médian de la lèvre, qui est large, mais court. Les deux bords de la scissure labiale sont très-écartés, la cloison du nez est très-épaisse ; la fente alvéolaire présente à peu près la même largeur que le tubercule osseux.

M. A. Guérin pratique l'opération le 23 août 1868.

Il commence par faire une incision sur la ligne médiane de la sous-cloison, en arrière du tubercule osseux ; puis, introduisant une spatule entre la muqueuse et le vomer, il la décolle de chaque côté. Cela fait, il saisit avec de forts ciseaux l'os de la cloison sans toucher à la membrane pituitaire, et enlève un fragment triangulaire de cet os, qui est très-épais et offre beaucoup de résistance à la section.

Cette partie de l'opération est pratiquée presque sans effusion de sang.

M. Alph. Guérin, repoussant alors l'os intermaxillaire, constate qu'il s'adapte exactement avec les bords de la fente alvéolaire, et, prenant un fort scalpel, il avive ces bords et ceux de l'os incisif, puis incise le repli muqueux qui fixe le tubercule labial au tubercule osseux. Il prend alors une forte alène et perfore, avec cet instrument, l'os intermaxillaire dans sa partie médiane ; puis il répète la même opération près du bord de chaque maxillaire. Un fil double en argent est passé, à l'aide d'une aiguille, dans le trou pratiqué à l'os incisif, et en le divisant on obtient deux fils ; un bout de chacun est passé de la même manière dans le trou du maxillaire correspondant ; on obtient ainsi deux anses que l'on serre assez pour rapprocher les os, puis on tord les fils deux à deux. De cette façon l'os incisif est maintenu solidement en rapport avec les bords de l'arcade alvéolaire.

Les deux moitiés de la lèvre ne pouvant pas être rapprochées sans tiraillement excessif, M. Guérin les détache des os maxillaires et peut ainsi les mettre en contact. Alors, à l'aide d'un bistouri étroit, il avive les deux bords de la scissure labiale en conservant le lambeau du côté gauche ; puis, affrontant les deux bords saignants, il les fixe au moyen de deux points de suture entortillée ; le petit lambeau est abaissé et fixé horizontalement au niveau du bord libre de la lèvre par un point de suture entrecoupée.

Le tubercule médian constituant la sous-cloison est fixé, par son

extrémité libre, au niveau de la partie supérieure de la lèvre, au moyen d'une troisième épingle qui traverse à la fois ce tubercule et les deux moitiés de la lèvre.

L'enfant est reporté dans son lit ; toute la soirée il est agité et pousse des cris plaintifs ; on lui donne du lait et du bouillon ; sirop diacodé, 10 grammes.

24 au matin, l'insomnie a été complète et la fièvre très-intense. Dans la nuit, il y a eu deux selles sanguinolentes constituées par le sang avalé pendant l'opération.

24 au soir, même état. Sirop diacodé, 15 grammes

25 au matin, l'insomnie persiste ; fièvre toujours très-intense. L'état local de la bouche est très-satisfaisant ; l'enfant se plaint, mais sans crier ; diarrhée. Tapioca au lait.

25 au soir, l'enfant s'est endormi vers quatre heures de l'après-midi ; sommeil calme ; fièvre toujours très-forte.

26 au matin, l'enfant a dormi presque toute la nuit ; fièvre modérée ; la diarrhée persiste. Même alimentation.

26 au soir, l'enfant est gai ; la fièvre a cessé.

M. Guérin enlève l'épingle du milieu.

27, la gaieté habituelle est revenue ; la nourriture est bien supportée, malgré une légère diarrhée.

27 au soir, on enlève l'épingle inférieure.

28, on enlève l'épingle supérieure et on applique deux bandelettes de diachylon pour soutenir la lèvre et la soustraire au tiraillement latéral.

29, l'enfant part pour la maison paternelle.

2 septembre, dixième jour de l'opération, les bandelettes sont enlevées. La lèvre est réunie dans toute sa hauteur, ainsi que la sous-cloison.

7 septembre, examen attentif de l'intérieur de la bouche ; il n'y a pas d'inflammation ni de suppuration. Les fils d'argent sont laissés à demeure.

20 septembre, la dent incisive médiane commence à sortir.

2 octobre, M. Guérin enlève les fils d'argent ; l'arcade alvéolaire est très-régulière et la consolidation osseuse se fait, quoiqu'il y ait encore un peu de mobilité de l'os intermaxillaire.

L'état extérieur de la bouche est des plus satisfaisants ; la lèvre inférieure ne fait qu'une légère saillie en avant de la lèvre supérieure ; celle-ci n'est point aplatie et ne présente qu'une encochure à peine marquée.

Le nez est un peu plat, mais sans exagération.

L'examen de l'enfant a été fait tous les mois. Peu à peu la mobilité de l'os intermaxillaire a diminué, et, au bout de cinq mois, l'os avait toute la solidité désirable; les quatre dents incisives supérieures sont sorties, mais elles ne sont pas régulièrement plantées.

Aujourd'hui 1^{er} février, outre les incisives supérieures, l'enfant a deux incisives inférieures et deux molaires; une dent incisive médiane supérieure est mobile, et paraît devoir tomber prochainement, ce qui n'empêche pas l'enfant de mordre le doigt qu'on introduit dans la bouche et de le serrer fortement; il mange aussi des croûtes de pain assez dures.

Le succès a donc été complet.

L'opération que j'ai pratiquée ressemble à celle qui a été communiquée à la Société par M. Broca il y a un an. Comme celle de notre confrère, elle a donné lieu à la réunion de l'os intermaxillaire avec les os maxillaires. Dans l'un et dans l'autre cas, il y a eu avivement des surfaces osseuses et suture avec des fils d'argent.

Dans l'opération pratiquée par moi, j'ai pu laisser la suture métallique en place du 23 août au 2 octobre. Ce fait offre un grand intérêt; il prouve l'innocuité de la présence des fils d'argent dans la substance des os, et, d'un autre côté, il donne l'explication de la consolidation obtenue.

Mon observation et celle de M. Broca diffèrent de celle de M. Debrou, qui date de 1844, en ce que M. Debrou fit comme nous l'avivement, mais ne fit pas la suture.

J'ai cru avoir inventé la section sous-périostée de la cloison; si pourtant les souvenirs de M. Verneuil sont exacts, M. Mirault d'Angers lui aurait dit avoir eu recours à ce procédé et en aurait même consigné l'indication dans la *Gazette hebdomadaire* du mois de septembre 1868, et nous aurions tous les deux le même titre à l'invention.

Je tiens d'ailleurs moins à être l'inventeur du procédé qu'à en faire ressortir les avantages, et ces avantages sont incontestables: au lieu d'exposer à une hémorrhagie, comme le procédé de Blandin, qui comprend dans la section de la cloison, le vomer, la membrane muqueuse et le périoste, la section sous-périostée peut être très-étendue sans que l'enfant soit exposé à la moindre perte de sang.

M. GIRALDES. Quelle était la différence de niveau, après la terminaison de l'opération, entre le tubercule maxillaire abaissé et les arcades dentaires?

M. GUÉRIN. Le tubercule abaissé était de niveau.

M. GIRALDES. Le procédé dit de Broca a été pratiqué il y a long-

temps par Langenbeck (1). Il consiste à glisser le bistouri sous la muqueuse et à couper la partie cartilagineuse de la cloison. J'ai employé, il y a quelques mois, le même procédé que celui que M. Broca nous a décrit comme sien; le fil n'a pu être placé, car j'ai rencontré des bulles dentaires; l'enfant est sorti portant encore son bec-de-lièvre.

M. GUÉRIN. C'est à Debrou qu'il faut rapporter l'honneur de ce procédé et non à Langenbeck. Le tubercule était situé très-haut à la pointe du nez; l'os intermaxillaire était soutenu par une cloison cartilagineuse tellement dure qu'elle ressemblait plus à de l'os qu'à du cartilage, et il m'a fallu employer pour la couper avec les cisailles une force considérable.

M. TRÉLAT. La communication de M. Guérin porte surtout sur ce temps de l'opération qui consiste à faire le décollement de la muqueuse et la section sous-muqueuse du cartilage.

M. CHASSAIGNAC. Il y a des tubercules osseux qui n'ont pas la largeur suffisante pour s'encadrer dans l'écartement des os maxillaires; dans ce cas, on ne pourrait employer le procédé dont vient de parler M. Guérin. Dans deux opérations dans lesquelles j'ai sectionné la cloison et la sous-cloison, j'ai opéré d'abord le décollement de la muqueuse.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Calculs salivaires. — M. FAULET présente plusieurs calculs salivaires enlevés à un malade de son service. Ces calculs étaient situés du côté gauche, et à une certaine profondeur dans le canal de Warthon; d'autres se trouvaient à droite, tout à fait dans la muqueuse, et en arrière du muscle mylo-hyoïdien. Quand l'opération fut faite, en portant, par la bouche, le doigt sur la glande sous-maxillaire, je la trouvai farcie de calculs. Du côté droit, en cherchant à faire basculer le calcul sur une curette, je comprimai le nerf lingual, ce qui éveilla une douleur vive qui persista pendant trois jours.

M. PANAS. Le hasard veut que je possède un calcul salivaire de la glande sous-maxillaire, calcul que j'ai enlevé hier. C'était un homme de 35 ans, malade depuis 15 jours. La glande sublinguale était très-rouge; la région sous-maxillaire était très-tuméfiée; il y avait toutes les apparences d'une grenouillette. Je fis une incision, j'introduisis un stylet, et je rencontrai un calcul que je pus extraire.

(1) *Arch. für Klinische Chirurgie*, vol. II. 1884.

Ce calcul porte sur une de ses faces un demi-canal qui permettait le passage de la salive; c'est quand accidentellement toute la salive a été retenue que les accidents se sont montrés.

M. DESORMEAUX a eu l'occasion de rencontrer, l'année dernière, un calcul du canal de sténon assez volumineux et faisant saillie à la face interne de la joue.

Tumeur parotidienne enlevée par l'écraseur. — M. CHASSAIGNAC présente à la Société une tumeur de la région parotidienne, extirpée chez un homme de 27 ans, au moyen de l'écrasement linéaire.

Voici en quoi a consisté le procédé, qui n'a donné lieu à aucune effusion de sang, et qui, jusqu'aujourd'hui, huitième jour de l'opération, n'a donné lieu à aucun accident. Un trocart, de moyen volume et légèrement courbe, a été passé au-dessous de la tumeur, qu'un premier trait de chaîne a divisée en deux parties à peu près égales; puis, chacune des deux moitiés ayant été détachée de la peau par simple énucléation, puis pédiculisée au moyen d'une ligature simple, a été soumise à l'action de l'instrument, qui en a opéré la séparation complète.

La tumeur, examinée avec soin au microscope par le docteur Desprez, n'a présenté rien autre chose que les caractères habituels des tumeurs fibro-plastiques.

Tumeur fibro-plastique naissant de la graine des vaisseaux fémoraux. — M. DEMARQUAY. J. C..., âgé de 44 ans, marchand de nouveautés, entre, le 13 mars 1869, à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay, pour se faire soigner d'une tumeur qu'il porte à la partie interne et inférieure de la cuisse gauche, sous le muscle couturier.

Sans avoir éprouvé aucune douleur, sans coup, sans chute sur cette partie, le malade nous apprend qu'un jour, vers le mois de septembre 1868, il s'aperçoit, en se déshabillant, d'une grosseur insolite à la partie interne et inférieure de la cuisse. Il fait venir aussitôt des médecins de son pays, qui le badigeonnent d'abord avec la teinture d'iode, et mettent ensuite sur la tumeur des vésicatoires. Ces différentes médications n'empêchent pas la tumeur de grossir, et le malade, incommodé par son poids, se décide à venir à Paris pour se faire opérer.

Située à la partie interne et inférieure de la cuisse gauche, sous le couturier, qu'elle repousse un peu en dedans, cette tumeur repose sur les vaisseaux fémoraux, qu'elle recouvre, entre le droit antérieur

de la cuisse, le vaste interne et le troisième adducteur. Elle s'étend dans une étendue de 15 centimètres en hauteur, sur 12 en largeur, jusqu'à 4 centimètres du condyle interne du fémur. La forme aplatie de la tumeur, qui s'est accrue en largeur plutôt qu'en hauteur, indique que pour se développer elle a eu une grande résistance à surmonter. En effet, la lame aponévrotique qui vient de la couche profonde du fascia-lata, le muscle couturier, l'aponévrose de ce muscle, fortement unie aux aponévroses des muscles voisins, ont empêché le développement en hauteur de la masse pathologique, qui est ovoïde et produit sur la cuisse un relief assez prononcé. La peau qui la recouvre est saine ; elle a conservé son épaisseur, sa coloration, sa souplesse ; elle est mobile et glisse sur la tumeur. La consistance de cette grosseur lobulée n'est pas uniforme. Deux points sont mous et comme fluctuants ; les autres sont durs, résistants et un peu élastiques. Elle n'est pas adhérente à l'os, car on peut lui imprimer des mouvements dans tous les sens. Où cette production morbide s'est-elle développée ? Dans les tissus sous-jacents, sans connexion très-intimes avec eux ? ou bien adhère-t-elle aux muscles, aux aponévroses ou aux vaisseaux ? Il est difficile de se prononcer. Quoi qu'elle soit profondément située, sur le trajet même de l'artère fémorale, on ne perçoit aucun battement, aucun souffle. Si l'on fait contracter les muscles, la dureté de la masse augmente. Il y a un peu d'œdème au pied, à cause de la compression de la saphène, pressée entre la peau et la tumeur.

Les symptômes énumérés ci-dessus font diagnostiquer à M. Demarquay une tumeur *fibro-plastique*.

La position de la tumeur près du creux poplité, et sur le trajet des vaisseaux fémoraux, fait hésiter pendant quelques jours M. Demarquay à pratiquer l'opération. Enfin, après avoir pesé les chances de succès, sur les instances du malade, il se décide à l'extirper. Le 24 mars, la tumeur lui avait semblé un peu plus fluctuante par endroits.

Le 25 mars, après avoir endormi le malade au moyen du chloroforme, l'habile chirurgien de la Maison de santé fait une incision parallèle au bord externe du couturier, dans sa partie inférieure, et d'une longueur de 20 centimètres environ. Le couturier, séparé de la tumeur, à laquelle il était du reste peu adhérent, est tiré en dedans au moyen d'un crochet, et maintenu par un aide dans cette position ; on en fait autant du vase interne, et l'on voit alors une tumeur, grosse comme un œuf d'autruche, proéminer entre ces deux muscles. Le doigt, promené autour, constate qu'elle est adhérente

sux vaisseaux fémoraux, qui la traversent dans une étendue de 5 centimètres. Au-dessus et au-dessous de la tumeur on sent parfaitement battre l'artère. La gaine fait donc partie de la tumeur, et est probablement altérée.

Que faire en cette occurrence ? On ne pouvait songer à lier l'artère pour enlever complètement la tumeur : il aurait aussi fallu lier la veine et le nerf saphène interne qui accompagne ces vaisseaux, et l'on sait que, la veine liée, il y a stase du sang veineux dans le membre inférieur, et, par conséquent, presque infailliblement gangrène de ce membre. Disséquer la tumeur et en isoler l'artère et la veine, dont les tuniques étaient probablement altérées, semblait trop dangereux, pour ne pas dire impossible. Prenant un juste milieu, M. Demarquay enleva tout ce qu'il put de la tumeur, tout en respectant les vaisseaux.

Pendant toute l'opération, qui a duré 20 minutes, le malade a perdu peu de sang. On panse sa plaie avec de la charpie sèche que l'on introduit dedans, on recouvre le tout d'un linge glycérisé, et l'on fait le pansement habituel.

Trois heures après l'opération, l'état du malade est bon ; il s'éprouve qu'un peu de cuisson dans la plaie.

Le 28, la plaie a une odeur fétide ; elle est noirâtre ; le pus, très-liquide et en faible quantité, est sanieux. A deux heures de la nuit, le malade a eu de légers frissons, suivis de sueurs abondantes ; pouls petit, 138 pul. ; temp. axil., 39°. Soir : même état ; les frissons se sont renouvelés pendant la journée. On peut à peine sentir le pouls, tellement il est faible et déprimé, 152 puls. ; temp. axil., 39° 2/5.

Le 29 matin. Le malade a dormi un peu, mais son sommeil était souvent troublé par le délire. Pouls, 142 ; temp. axil. ; 39° 1/5. Soir : le malade, plongé dans un état de somnolence, reste indifférent à tout ce qu'on lui dit. Le pouls est fort, 136 puls. ; temp. axil., 39° 1/5.

Le 30, la cuisse du malade, marbrée de plaques rougeâtres et bleues, est considérablement oedématisée ; l'empreinte des doigts reste très-longtemps à s'effacer. Sur tout le corps on remarque ces mêmes taches rouges bleuâtres. Ses yeux, brillants, sont enfoncés dans l'orbite. Toute la nuit il a été tourmenté par un hoquet des plus rebelles. Pouls, 152 ; temp. axil., 39° 2/5.

Soir. Délire, oppression considérable ; 60 inspirations par minute. Langue sèche, noire. Le hoquet continue. Le pouls, irrégulier, intermittent, est à 132. Temp. axil., 40°. Le malade meurt à deux heures dans la nuit, cinq jours après l'opération. Anatomie pathologique de sa tumeur : Le volume de sa tumeur est celui d'un œuf de

dinde; elle est enveloppée d'une enveloppe fibreuse; elle est formée de lobes et de lobules, séparés par des lacunes ou vacuoles; le tissu de la tumeur est d'un blanc rosé, friable. La pression ne donne pas lieu à l'issue d'un suc blanc laiteux. La tumeur, en un mot, me paraît être de nature fibro-plastique.

M. VERNEUIL rappelle que dans un mémoire de Langenbeck, sur quelques points de la pathologie du système veineux, il y a des exemples de tumeurs que Langenbeck décrit comme des fibromes prenant naissance sur la paroi des veines.

M. FORGET a vu une tumeur semblable prenant naissance sur la carotide. Roux enleva à la fois la tumeur et l'artère. Le malade mourut des suites de l'opération.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

Urétroscope pour les femmes. — M. DESPRÉS. J'ai l'honneur de présenter à la Société un urétroscope dont je me sers pour examiner l'urètre et la vessie de la femme, à l'hôpital de Lourcine.

Cet instrument, que j'ai fait construire par MM. Robert et Colin, est une simple sonde, à extrémité évasée, comme le spéculum auris de Gruber de Vienne, et Toynbee. C'est une sonde en argent, de 9 centimètres de long, d'un diamètre de 6 millimètres, ou du n° 21 de la filière Charrière, et pourvue d'un embout mobile.

Pour se servir de cet urétroscope, on place la malade devant une fenêtre bien éclairée, de façon à jouir de la lumière naturelle. On introduit le spéculum huilé, muni de son embout, à une profondeur variable.

Si l'on veut explorer l'urètre, on introduit le spéculum à une profondeur moindre de 3 ou 4 centimètres, on enlève l'embout et on retire le tube, de façon à faire passer devant soi toute la muqueuse de l'urètre.

Si l'on veut explorer la vessie, on introduit le spéculum à une profondeur de 6 à 8 centimètres, l'on retire le mandrin ou embout; l'urine coule alors si l'on n'a pas eu soin de faire uriner la malade. On abaisse le pavillon de la sonde-spéculum, on fait couler l'urine, puis on relève l'instrument, et on aperçoit alors, pendant quelques instants, la muqueuse vésicale.

J'ai pu employer cet instrument sans causer de douleurs, et sans être arrêté, chez presque toutes mes malades.

A l'état normal, l'urètre présente une coloration rosée, la muqueuse est lisse et luisante. On aperçoit au fond du tube un petit

tais rond, entouré d'un bourrelet circulaire, qui est la muqueuse urétrale. Depuis le col de la vessie jusqu'à 1 centimètre environ du méat urinaire, les parties sont disposées de la sorte ; mais au niveau du méat, l'urètre est représenté par une fente allongée.

La muqueuse de la vessie normale se présente sous l'aspect d'une membrane lisse, d'une coloration blanche ou blanc grisâtre, et peu vasculaire, comme le sont les muqueuses des individus cachectiques.

Depuis deux mois je me sers de cet instrument ; le nombre des observations pathologiques que j'ai pu recueillir est encore restreint ; cependant, j'ai déjà vu que les chancres de l'urètre sont constitués par des ulcérations linéaires ; que, dans l'urétrite, la muqueuse est villeuse, rouge et moins luisante qu'à l'état sain ; que dans la cystite, la muqueuse offre une rougeur analogue à celle de l'urètre inflammé.

Il me reste à ajouter que cet urétroscope a des rapports avec le spéculum auri plein, et qu'il est seulement plus long et plus gros ; que dans l'appareil de M. Desormeaux il y a une sonde urétrale, qui ressemble à mon instrument et est introduite aussi à l'aide d'un mandrin. Il n'y a, entre cette pièce de l'endoscope et mon tube-spéculum, qu'une seule différence : c'est que je me sers, avec mon urétroscope, de la lumière naturelle, et que je n'ai pas besoin d'appareil d'éclairage ; et j'appelle l'attention de la Société sur la simplicité et la facilité d'emploi de l'instrument explorateur que je lui soumetts.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 14 AVRIL 1869

Présidence de M. VERNHUIL

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : *Le Journal de médecine et de chirurgie* ; — *La Gazette médicale de Strasbourg* ; — *Le Montpellier médical* ; — *Le Sud médical* (de Marseille).

Le Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. 1869, t. III, n° 2.

M. Liégeois offre à la Société la première partie de son *Traité de physiologie appliquée à la médecine et à la chirurgie*.

M. le docteur Delthil adresse, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale : *Du traitement des fractures de la cuisse, et des accidents consécutifs*.

DISCUSSION SUR LE PROCÈS-VERBAL

Bec-de-Lièvre. — Suture des os. — M. GUÉRIN. Le procès-verbal de la dernière séance a mal rendu ma pensée; j'attribuais à Debrou la suture des os maxillaire et intermaxillaire dans l'opération du bec-de-lièvre. M. Broca a cru pouvoir réclamer la priorité de ce procédé, en se fondant sur ce fait que, dans le cas de Debrou, rapporté par Morel Lavallée dans le *Journal de thérapeutique* (1844, vol. 27, p. 441), il est parlé seulement de l'excision de la muqueuse qui recouvre l'os intermaxillaire et non de l'avivement de l'os lui-même. Je ne peux pas partager cette opinion, car, en 1866, à propos de la publication de l'article BEC-DE-LIÈVRE dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, M. Debrou écrivit à M. Demarquay une lettre reproduite dans cet ouvrage, lettre de laquelle il résulte qu'il aurait réellement avivé les deux os. Je dois toutefois ajouter que, dans le fait de M. Debrou, la consolidation ne s'est pas effectuée.

M. VERNEUIL. J'avais annoncé à M. Guérin que l'idée de la résection sous-périostée du vomer existait déjà dans la science, et qu'elle avait été mise en pratique par notre collègue M. Mirault (d'Angers). J'ai retrouvé, en effet, dans la *Gazette hebdomadaire* (1868, n° 38, p. 603), l'indication bibliographique précise. Je dois ajouter que, depuis plusieurs années, j'ai connaissance du procédé de M. Mirault, qui me l'a communiqué dans une lettre ayant pour objet un autre point de chirurgie.

Il me paraît évident que la même idée a germé spontanément dans l'esprit de MM. Mirault et Guérin. Notre collègue nous a fait connaître les effets avantageux qu'il a obtenus. Il serait à désirer que, de son côté, notre habile confrère d'Angers publiât avec détails le fait qu'il a observé.

Trachéotomie contre les accidents chloroformiques. — M. GIRALDÈS. Dans une des précédentes séances, M. Perrin a dit

avoir conseillé dans son livre la trachéotomie dans le cas où certains accidents de chloroformisation apparaissent. Loin de la conseiller, M. Perrin la repousse ; il dit (page 515) : La trachéotomie expose à verser du sang dans la trachée ; elle prive des services qu'on peut espérer dans l'excitation de l'arrière-gorge ; elle peut être suivie d'une fistule, etc. Comme elle n'est pas indispensable, elle doit être rejetée, à moins de circonstances exceptionnelles.

M. PERRIN. J'ai dit aussi : La trachéotomie est toujours une opération grave qui ne doit être tentée qu'en dernière ressource. Du reste, ce n'est pas la question d'utilité qu'a soulevée M. Giraldès, mais bien celle de la priorité, et il se l'attribue. Quant à moi, loin de la réclamer, j'ai dit, au contraire, en 1863, cinq ou six fois déjà : La trachéotomie a été faite pour permettre l'insufflation directe par le larynx. Je n'ai pas réclaté la priorité, mais il faut bien avouer qu'elle est loin d'appartenir à M. Giraldès.

COMMUNICATIONS

Tumeur prenant naissance dans la gaine des gros vaisseaux. — M. VERNEUIL. — Cette variété de tumeurs a été décrite avec détails par M. Langenbeck, dans un mémoire intitulé : *Beitrag zur chirurgischen Pathologie der Venen* (1).

Le chirurgien de Berlin distingue deux cas : 1° une tumeur développée dans le voisinage des vaisseaux contracte avec eux des adhérences ; 2° la tumeur se développe dans la gaine elle-même. Toutes les fois qu'une production morbide se trouve près des gros vaisseaux, on a toujours à se demander si les gros vaisseaux sont intéressés ou non, et si l'extirpation est ou non praticable ; or, tantôt les vaisseaux sont refoulés, déviés, déplacés, mais restent libres ; tantôt une adhérence secondaire s'établit, surtout dans les cas de cancer ; tantôt, enfin, l'adhérence est primitive, la tumeur ayant pris naissance soit dans le tissu conjonctif, soit dans les ganglions lymphatiques de la gaine. M. Langenbeck admet trois variétés de ces tumeurs : les kystes dermoïdes, les sarcomes glandulaires et les cancers, et donne plusieurs observations d'extirpations pratiquées dans différentes régions du corps : aisselle, cou, cuisse, etc. L'adhérence primitive a lieu avec les veines jugulaires, axillaires, fémorales, liées rarement avec les artères correspondantes.

(1) *Archiv. für Klinische chirurgie*, t. I^{er}, p. 53. 1860.

Je trouve dans Hanuschke (1) une observation de tumeur fibreuse de la portion crurale du pli de l'aîne qui adhéraît aux vaisseaux fémoraux ; mais le texte est concis, et il est impossible de décider si le fibrome partait de la gaine ou s'il n'avait avec elle que des adhérences vasculaires.

Qu'elle soit primitive ou secondaire, l'adhérence est fréquente, et elle met dans l'alternative ou de laisser l'opération inachevée, ou de réséquer un tronçon des vaisseaux englobés dans le produit morbide.

S'il ne s'agissait que d'une veine volumineuse, que ce soit la jugulaire interne, l'axillaire, la fémorale au pli de l'aîne ou plus bas, on serait autorisé, par les faits actuellement connus dans la science, à faire une résection même assez étendue. Pour ma part, j'ai retranché sans accidents primitifs 6 centimètres de la veine axillaire, 5 centimètres de la veine fémorale au pli de l'aîne ; mais si l'artère principale du membre est intéressée, la chose est plus sérieuse ; et comme la science manque de faits relatifs à la résection simultanée des deux gros vaisseaux satellites, je comprends toutes les perplexités de M. Demarquay.

Certains arguments indirects semblent cependant plaider en faveur de cette pratique hardie : Qu'aurait-on, en effet, le plus à craindre ? La gangrène du membre par la suppression simultanée du cours du sang dans les deux gros vaisseaux. Or, sans être chimérique, cette crainte n'est peut-être pas aussi fondée qu'on le pourrait croire ; car l'oblitération de la veine et de l'artère au même niveau a été plus d'une fois réalisée, volontairement ou non, simultanément ou à de courts intervalles.

On se rappelle la fameuse observation de Gensoul, qui lia l'artère fémorale pour une plaie de la veine. Cette opération a été répétée sans produire la gangrène.

Langenbeck, dans le mémoire que je viens de citer, rapporte deux cas d'extirpation de tumeur du cou, dans lesquels on réséqua simultanément la carotide et la jugulaire comme englobées dans la masse morbide.

Je viens, tout récemment, d'observer trois cas de blessure simultanée de l'artère et de la veine poplitée à sa partie supérieure. Une fois, il s'agissait d'une plaie par instrument tranchant. Dans les deux autres, les vaisseaux avaient été nettement divisés par le fragment

(1) *Chirurgisch-operative Erfahrungen*. Obs. 237, p. 346. Leipzig, 1864.

supérieur du fémur, fracturé par cause directe. Or, dans un seul de ces trois cas, on constata la mortification du membre; il s'agissait, à la vérité, d'un vieillard. Chez les deux autres blessés, une fillette de 10 ans environ et un vigoureux garçon de 22 ans, la vitalité de la jambe ne parut nullement compromise.

Enfin, dans un cas d'ablation de tumeur maligne du pli de l'aîne, j'ai réséqué la veine, et plus tard, lié l'artère correspondante.

Je reconnais volontiers que presque tous les malades ont succombé, mais les causes de la mort sont multiples, et la responsabilité n'en retombe pas exclusivement sur la blessure des vaisseaux.

Je reconnais encore que, si on pouvait prévoir d'avance l'envahissement des vaisseaux et de leur gaine, il serait préférable de recourir d'emblée à l'amputation; mais il est des régions, telles que le cou, l'aisselle, le pli inguinal, où cette résolution extrême ne pourrait être appliquée. Si donc, en extirpant une tumeur dans ces points périlleux, on était mis en demeure de laisser l'opération inachevée et de réséquer l'artère entre deux ligatures, il serait peut-être plus sage d'opter pour ce dernier parti.

Je joins ici l'observation complète de la tumeur inguinale.

Sarcome ganglionnaire du pli de l'aîne, avec adhérences à la gaine des vaisseaux. — Charles, 53 ans, cultivateur, venant de province, entre à l'hôpital Lariboisière le 6 septembre 1866. C'est un homme robuste, de haute taille, ayant toujours joui d'une bonne santé, n'offrant aucun indice de syphilis ni de scrofule, et ne présentant d'autre trouble morbide qu'une tumeur inguinale, née sans cause appréciable six mois auparavant.

Le début a été marqué par l'apparition, dans la portion crurale du pli de l'aîne gauche, d'une petite saillie roulant sous la peau et du volume d'une petite amande.

Les progrès assez rapides du mal engagèrent notre patient à consulter un médecin, qui, après avoir employé sans succès et pendant un mois les cataplasmes et les pommades, crut sentir de la fluctuation et fit une ponction sur le sommet de la tumeur : il n'en sortit que du sang rouge.

On était dans les premiers jours de juin; depuis cette époque, la tumeur s'accrut continuellement. L'incision, loin de se cicatriser, s'agrandit de jour en jour et se transforma en une large ulcération bornée à la peau, mais mettant à nu le tissu propre de la tumeur dans l'étendue de plusieurs centimètres.

A l'entrée du malade, nous trouvons une tumeur ovoïde, à grand

diamètre transversal de 15 centimètres, occupant tout le triangle de Scarpa et recouvrant un peu en haut l'arcade crurale; elle fait, au-dessus du niveau des parties voisines, une saillie de 6 centimètres environ.

La peau est non-seulement ulcérée en un point, mais encore adhérente, rouge, épaissie; au pourtour de l'ulcération, au contraire, la tumeur paraît assez mobile sur les parties profondes et libre d'adhérences à sa périphérie; elle est ferme au toucher, bosselée, lobulée, absolument indolente au toucher, et, du reste, n'est et n'a jamais été le siège de la moindre douleur; elle ne détermine qu'une gêne mécanique en raison de son siège et de son volume.

Je diagnostiquai une tumeur développée dans les ganglions inguinaux et appartenant à la variété décrite sous les noms de *Sarcome ganglionnaire* ou de *Lymphome nucléaire*. L'examen le plus scrupuleux ne m'ayant fait découvrir aucune altération viscérale ni aucune affection diathésique, je propose l'extirpation, qui a été acceptée et pratiquée le 12 septembre.

Il fallait circonscrire la portion ulcérée de la peau entre deux incisions curvilignes. La première fut conduite du côté externe et inférieur de la tumeur, jusqu'à l'aponévrose d'enveloppe, et permit d'isoler sans peine une bonne partie de la circonférence et de la face profonde de la masse morbide, jusqu'au voisinage des vaisseaux fémoraux, dont la position exacte ne pouvait être que difficilement reconnue. Une seconde incision, rejoignant les deux extrémités de la première, mais passant par le côté supérieur et interne, acheva l'isolement périphérique de la tumeur, qui ne tenait plus que par une portion de la face profonde au niveau du fascia cribiformis.

Cette adhérence était large et solide, la dissection assez périlleuse; aussi parut-il prudent de la faire à ciel ouvert: c'est pourquoi je retranchai toute la partie de la tumeur déjà isolée, afin d'avoir sous les yeux le pédicule profond; celui-ci adhérait intimement à la gaine des vaisseaux, enveloppait la veine et l'artère, et envoyait même entre elles un prolongement épais d'un travers de doigt; je pus, en procédant avec lenteur et précaution, isoler l'artère dans l'étendue de 5 centimètres et ménager sa tunique externe. Mais il n'en fut pas de même de la veine; ses parois étaient absolument confondues avec le tissu morbide, il fallait donc se résoudre à en sacrifier un segment, sous peine de laisser dans la plaie une partie du tissu morbide. En conséquence, je plaçai sur la veine deux ligatures distantes de 5 centimètres environ, et j'extirpai le reste du pédicule. Une cer-

taine quantité du tissu suspect, qui se trouvait en dehors de l'artère, fut étreinte par une ligature en masse.

L'opération avait duré 25 minutes environ. La perte de sang avait été médiocre; à la place de la tumeur reste une large plaie, infundibuliforme, au fond de laquelle on voit battre l'artère dénudée. On recouvre ce vaisseau avec un linge fin huilé, et on termine en remplissant la plaie de charpie fine, recouverte d'une vessie de glace.

Julep avec l'aconit et la digitale; potion calmante pour la nuit; bouillon et potages.

Nuit assez tranquille, peu de sommeil. Le lendemain matin, pas de fièvre, état satisfaisant; le pansement n'est pas levé; le membre n'offre pas d'œdème appréciable. Mêmes prescriptions dans la journée de mardi; à cinq heures, le malade vomit indistinctement, mais sans dégoût, toutes les substances ingérées. Tout cesse par l'administration de la glace.

Le 14. Nuit bonne, sommeil sans opium; fièvre légère; 90 pulsations; membre sans douleurs, mais gonflé, résistant, léger œdème. Les veines superficielles se dessinent sous la peau; cet état persiste le 15. Le pansement est levé pour le premier jour; la charpie, imbibée de pus et de sérosité, est enlevée avec précaution. La plaie a bel aspect, elle commence à se recouvrir de bourgeons charnus, roses et de bonne nature; l'artère bat toujours, mais avec moins d'énergie; elle est recouverte de bourgeons charnus, sauf en un point large de quelques centimètres qui n'est point encore détergé.

Le 16. La fièvre tombe. Le membre est beaucoup moins gonflé et moins dur, il n'est le siège d'aucune douleur. Il est évident que la circulation collatérale veineuse se rétablit par les vaisseaux profonds.

Les jours suivants, cet état favorable continue. Le malade dort, boit et mange. La fièvre n'est pas revenue. Le membre reste seulement un peu plus gros que l'autre, mais sans œdème véritable. La plaie a le plus bel aspect; elle est partout recouverte de bonnes granulations. L'artère ne se distingue plus que sous forme d'un cylindre bourgeonnant animé de pulsations assez faibles. Le point grisâtre existe toujours, et il est à craindre que les tuniques ne soient sphacélées dans l'étendue de quelques millimètres. C'est la seule circonstance qui m'inspire du souci; mais l'élimination de cette escarre ne semble nullement imminente; je temporisai encore.

Les choses en étaient là le 18 au matin, 7^e jour de l'opération, lorsque, vers une heure de l'après-midi, se déclare une hémorrhagie abondante: 5 ou 600 grammes de sang sont perdus. Le malade est pâle et très-affaibli. J'arrive seulement à six heures. On a arrêté le

sang par la compression et la ligature de trois petites artérioles, émergeant du couturier; l'artère crurale n'a point cédé. Je crois néanmoins prudent de cerner la portion dénudée par deux ligatures, l'une placée à la partie supérieure de la plaie, à 1 centimètre de l'artère crurale, la seconde à 4 centimètres plus bas.

Comme la tunique externe me paraissait entièrement convertie en bourgeons charnus, j'employai pour les ligatures un fil ciré en double, et serrai très-modérément les nœuds, de façon à mettre en contact intime la paroi interne, mais sans couper brusquement les tuniques.

Malgré l'emploi des cordiaux et de tous les moyens propres à ramener les forces, le malade s'éteignit dans la nuit.

Autopsie. — Péritoine, plèvres, péricarde, arachnoïde, à l'état sain. Poumons emphysémateux; un peu d'hypostase à la base. Cœur volumineux, mou, exsangue, cavités presque vides. Nulle trace d'abcès métastatiques.

Foie de volume ordinaire et de coloration normale, plutôt un peu pâle. A sa surface convexe et en différents points du parenchyme, se trouvent quatre tumeurs d'un blanc éclatant, sans rougeur périphérique, formées par un tissu ferme, fibroïde, tout à fait semblable, histologiquement, à la tumeur principale, c'est-à-dire constituées par une grande quantité de noyaux arrondis, légèrement granuleux, sans nucléoles brillantes, ayant, en un mot, les caractères de l'épithélium nucléaire des ganglions lymphatiques.

Les ganglions iliaques, échelonnés le long de l'artère iliaque externe, étaient le siège de la même altération. Il y avait donc eu un commencement de généralisation, à coup sûr antérieure à l'opération, mais que rien n'avait fait prévoir.

Les alentours de la plaie inguinale n'offraient aucune lésion notable, ni décollement, ni phlegmon diffus. Au-dessous de la couche des bourgeons charnus, les membres dénudés ne présentent aucune altération profonde, ils ont conservé leur couleur et leur consistance normales. Les phénomènes locaux étaient donc réduits à leur plus grande simplicité. La veine iliaque externe et la veine fémorale, au-dessous de la ligature, étaient remplies d'un caillot assez long, adhérent à la face interne et sans apparence de suppuration. L'artère fémorale ne renfermait point de caillots adhérents, sans doute à cause du peu de temps qui avait séparé la ligature de la mort. Le point grisâtre dont j'ai parlé plus haut était encore solidement adhérent aux parties ambiantes; mais la tunique externe était sphacélée à ce niveau, et probablement, lors de l'élimination des portions dénudées

des tuniques internes, nous aurions eu une hémorrhagie. Aucun caillot intérieur n'occupait le segment artériel compris entre les deux ligatures.

Ce fait est très-intéressant au point de vue des dénudations artérielles, des résections veineuses, des hémorrhagies secondaires et de la généralisation méconnue des produits morbides; mais je le cite seulement comme exemple d'envahissement secondaire de la gaine des gros vaisseaux et pour montrer les difficultés opératoires qu'engendrent de tels rapports.

Extremité portant sur les deux derniers doigts et métacarpiens de la main droite. — M. TRÉLAT présente le moule en plâtre de ce vice de conformation. Il a été pris sur un homme de 46 ans, robuste, vigoureux, parfaitement constitué, entré à la Pitié, salle Saint-Gabriel, n° 4, en février dernier, pour une fracture de côtes qui n'a rien offert de particulier.

Cette main incomplète est bien conformée; quand elle est placée en demi-pronation, elle ressemble absolument à une main normale, et si on l'examine, la première pensée de l'observateur est que le sujet a été heureusement amputé des deux derniers métacarpiens et de leurs doigts.

Mais cette hypothèse est inadmissible. Il n'y a aucune cicatrice dans la région, et le malade affirme de la manière la plus catégorique que cette conformation remonte à la naissance. D'ailleurs, une petite palmature placée entre le second et le troisième doigt indique déjà que, malgré les apparences, il y a une conformation vicieuse d'origine intra-utérine.

En présence de cet aspect, de cette malformation exclusivement limitée à la main droite, l'autre main, les pieds et tout le corps étant normaux, M. Trélat pensa d'abord à une amputation congénitale. Mais cette seconde hypothèse ne concorde pas mieux que la première avec l'état des organes. Le pouce et l'index n'offrent aucune particularité; mais le troisième doigt a le volume d'un médius et non sa longueur; il est à peine aussi long qu'un annulaire. De plus, le métacarpien qui supporte ce troisième doigt est beaucoup plus large que le troisième métacarpien de la main gauche, et une profonde rainure, facile à apprécier sur sa face dorsale, montre qu'il y a là une coalescence de deux métacarpiens; de telle sorte qu'il est difficile de dire exactement quel est ce troisième doigt.

Le poignet est un peu plus petit que celui du côté opposé; mais cette différence est très-peu marquée,

En somme, c'est un exemple d'ectrodactylie très-caractérisé et offrant cette particularité importante, que la malformation est rigoureusement limitée aux deux derniers doigts, ce qui ne s'observe pas d'habitude.

L'hérédité paraît n'avoir eu ici aucune influence. Le père et la mère de notre sujet étaient parfaitement constitués. Il n'a eu ni frère ni sœur; mais lui-même s'est marié, et ses sept enfants n'offrent aucun vice de conformation.

Laryngite syphilitique. — M. TRÉLAT. Les accidents syphilitiques des voies respiratoires, comme beaucoup de manifestations tardives de l'infection vénérienne, sont loin d'être parfaitement connus. J'ai voulu les étudier récemment au seul point de vue des indications opératoires, et, bien que je ne me flatte pas d'avoir dit le dernier mot sur cette face particulière du sujet, j'en vois plusieurs autres qui sont encore moins avancées, notamment le diagnostic et la nature des désordres anatomiques,

Notre excellent collègue M. Guérin, qui a bien voulu se charger du rapport sur le travail que j'ai lu à l'Académie de médecine, exprimait le regret que je n'eusse point établi à quelle période de la syphilis il fallait rapporter les lésions de l'arbre respiratoire. Je partage ce regret, et je n'ai demandé la parole que pour essayer de lui donner une faible satisfaction. Mais dans le mémoire auquel je fais allusion, je ne devais pas aborder cette question; et d'ailleurs, l'eussé-je voulu, les observations ne me permettaient pas d'arriver à une solution satisfaisante.

J'avais fait remarquer cependant, et cette remarque me semble importante, que les accidents des voies respiratoires se montrent en général à une époque éloignée du début de la syphilis, cinq ans en moyenne, et souvent dix, quinze, vingt ans après ce début; que parfois il y a lieu de pratiquer la trachéotomie chez des sujets récemment infectés, mais qu'alors la maladie affecte une marche violente et brusque qu'on peut légitimement rapporter à un œdème inflammatoire se propageant depuis l'isthme du gosier envahi par des plaques muqueuses, ou un érythème spécifique.

Ces remarques fournissent une présomption; mais la certitude ne peut venir que des observations directes faites dans le but d'élucider la question.

Fort heureusement, depuis que l'usage du laryngoscope s'est généralisé, la pathologie du larynx a été remaniée de fond en comble, et les affections syphilitiques n'ont pas échappé à cette révision. Il a

fallût renoncer à cette idée que le larynx n'est jamais atteint que par la propagation d'ulcères descendus de l'isthme du gosier. Cette propagation a été constatée, il est vrai, pour des accidents secondaires, plaques muqueuses ou érythème, qui ont été directement observés sur les cordes vocales, dans la glotte respiratoire, ou sur les replis ary-épiglottiques. Mais c'est sous un tout autre aspect que se présente la laryngite syphilitique tertiaire. Celle-ci est habituellement séparée par un long intervalle de toutes les autres manifestations de la maladie constitutionnelle; elle se montre sous une forme insidieuse, et bien souvent, jusqu'à ces dernières années, elle a dû échapper au diagnostic : aussi est-elle considérée comme beaucoup plus fréquente depuis qu'on la connaît mieux. MM. Gerhardt et Roth, cités par M. Rollet, disent même qu'un certain nombre de laryngites chroniques, auxquelles on ne peut assigner de cause apparente, doivent être rattachées à la syphilis.

Des tubercules d'une nature encore mal déterminée, décrits par M. Cusco sous le nom d'éruption papulo-tuberculeuse, qui ne sont peut-être que des gommes avec hyperplasie de la muqueuse, de véritables gommes, et plus tard des ulcérations tendant à gagner en profondeur, sont les lésions les plus communes de cette forme de laryngite.

Je n'ai jamais eu l'occasion d'étudier ni d'observer les plaques muqueuses ni l'érythème du larynx, qui appartiennent aux premiers mois de la syphilis (trois à six), et qui sont connus sous le nom ancien d'enrouement ou de raucité syphilitique; mais les deux malades chez lesquels j'ai fait la trachéotomie étaient incontestablement atteints d'accidents tertiaires. L'un (femme) était syphilitique depuis vingt ans; l'autre, depuis seize ans; tous deux avaient eu déjà d'autres manifestations du même ordre. Dans les deux cas, le laryngoscope donna, entre les mains de M. Potain et les miennes, les résultats les plus positifs : rougeur, gonflement, large ulcération de la corde vocale supérieure gauche, dans le premier cas; mêmes désordres, moins l'ulcération, dans le second. Enfin, ces deux malades guérirent par un traitement régulier et rigoureux avec l'iodure de potassium.

Dans ces deux cas, il n'y a donc aucune espèce de doute à avoir sur la nature des accidents ni sur la thérapeutique qui leur convenait, l'iodure de potassium; car je ne parle pas de la trachéotomie, qui n'était pas le traitement de la maladie, mais celui d'un épiphénomène, d'une complication passagère et redoutable.

Cependant la pratique est loin d'être fixée sous ce rapport. D'a-

bord le diagnostic est mal assuré ; puis, en le supposant fait, beaucoup hésitent d'abord sur l'opportunité d'un traitement spécifique, ensuite sur la nature de ce traitement.

Situation vraiment fâcheuse, car ces laryngites tertiaires sont infiniment graves si leur marche progressive n'est point arrêtée par un traitement efficace. Ulcération, chondrite et périchondrite, nécroses, cicatrices rétractiles et larges, rétrécissements consécutifs, menacent plus ou moins promptement la vie des malades, sans compter l'œdème sous-muqueux et l'asphyxie.

Quant à moi, je n'hésite pas à conclure des faits que j'ai vus et de mes lectures, qu'en dehors de l'enrouement syphilitique coïncidant avec la roséole et les plaques muqueuses, accident bénin et de diagnostic facile, en raison même de la coïncidence, il y a lieu de rechercher l'origine syphilitique chaque fois qu'on a affaire à une laryngite chronique persistante avec rauçité de la voix, petite toux, sensibilité à la pression, quand bien même il n'y aurait pas ou il n'y aurait pas eu depuis longtemps d'autre accident appréciable ; que le diagnostic devient aisé dès que le soupçon de la cause est entré dans l'esprit, ce diagnostic reposant sur les commémoratifs et l'examen laryngoscopique ; en dernier lieu, qu'il faut sans hésiter administrer l'iodure de potassium à dose croissante et proportionnée à la résistance de la maladie, indépendamment du traitement topique qui peut être utile.

Si ces idées étaient acceptées et prenaient cours dans la pratique, il me semble qu'un progrès réel aurait été accompli. L'action thérapeutique, au lieu de s'épuiser contre de profondes et rebelles désorganisations, au lieu de lutter en vain contre des rétrécissements cicatriciels absolument réfractaires, s'exercerait avec une rapide efficacité contre les premières phases de ces lésions, hyperplasies muqueuses et sous-muqueuses, presque toujours dociles à l'iodure de potassium. On aurait, suivant l'expression vulgaire, coupé le mal dans sa racine, tandis qu'aujourd'hui nous en sommes encore à attendre souvent qu'il ait porté ses tristes fruits.

Un fait que j'ai eu occasion d'observer l'année dernière n'a pas peu contribué à asseoir ces opinions dans mon esprit et m'a vivement frappé sous différents points de vue. Je demande à la Société la permission de le lui exposer tel qu'il s'est présenté à moi.

Dans le courant de l'hiver 1867-68, M. X..., âgé d'une trentaine d'années, constata que sa voix devenait un peu sourde, comme cassée, et que cet état, d'abord un peu irrégulier, tendait à devenir constant. En même temps, parut un peu de toux, survenant sous

l'influence de bronchites concomitantes qui se produisaient à la suite de refroidissements. Le malade prit des précautions, fit usage de boissons sudorifiques et balsamiques, et obtint, à plusieurs reprises, des améliorations réelles, mais sans continuité. Le printemps vint, suivi bientôt de cet été remarquable par sa haute température si longtemps soutenue. Ces conditions favorables n'amènèrent pas le résultat désiré et même attendu. La voix garda son caractère voilé, sans raucité marquée; elle était bornée à la fois dans son étendue, surtout dans le haut du diapason vocal et dans son intensité, tout effort déterminant une grande et inutile fatigue. Une petite toux sèche, accompagnée de légers crachats muqueux, se produisait de temps à autre et devenait plus fréquente qu'au début. En même temps le malade présentait les signes d'un mauvais état de santé; la couleur de la peau était moins bonne; il y avait un peu d'amaigrissement, de la lassitude, pas d'entrain, une inappétence croissante.

La famille de M. X... s'inquiéta de cette situation, et on demanda successivement à plusieurs de nos collègues, médecins des hôpitaux, d'examiner la poitrine du malade. Cet examen ne révéla aucune lésion grave; cependant on notait un peu d'insuffisance et de saccade du bruit respiratoire dans l'un des sommets. Ce n'était ni très-inquiétant ni complètement rassurant, surtout en tenant compte de l'état général. M. X... alla alors faire un séjour dans une station thermale que je ne nommerai pas, ce qui n'a du reste aucune importance, car le malade se borna à profiter du soleil, de la belle nature qui l'entourait et à prendre quelques douches froides.

Il revint à Paris en meilleur état. L'appétit et les forces s'étaient relevés; l'aspect du visage était plus satisfaisant, la voix plus forte, mais cependant toujours voilée et bornée. Profitant de cette amélioration, le malade et son entourage cessèrent de s'inquiéter, et la santé se maintint pendant un certain temps.

Cependant, avec les premiers froids de l'automne, la voix se voila davantage, reprit peu à peu les mêmes caractères qu'à l'hiver précédent, et les signes d'affaiblissement général revinrent et persistèrent malgré un traitement tonique soutenu pendant plus d'un mois.

J'avais suivi, d'un peu loin il est vrai, la succession des phénomènes que je viens d'exposer. Dès maintenant, surtout après la première partie de ma communication, vous pressentez la fin de cette observation qui paraît toute simple, surtout si j'ajoute que, cinq ans auparavant, M. X... avait eu une syphilis modérée, mais parfaitement caractérisée par un chancre, la pléiade ganglionnaire, la ca-

chezie spéciale, la roséole, des plaques muqueuses, et plus tard, à plusieurs reprises, des papules cuivrées.

Mais cette vérole était si bien guérie, si complètement disparue depuis longtemps, en apparence au moins, que pendant toute la première période de la maladie laryngienne, quoique j'eusse soigné le malade lors de sa contamination, je ne songai pas un instant à rattacher l'affection à sa véritable cause.

Les laryngites simples à marche subaiguë sont si fréquentes, celle-ci était d'ailleurs si peu grave au commencement, si peu active dans ses progrès, elle paraissait si bien être la conséquence du refroidissement, que je restai dans la plus complète sécurité.

Plus tard le malade, préoccupé surtout de son état général, demanda des conseils médicaux sans parler d'une maladie antérieure qui, suivant lui, ne se liait en aucune manière avec les symptômes qu'il éprouvait. Il alla aux eaux, s'en trouva bien, et, pour un temps, ne s'occupa plus de sa santé.

Quand la rechute s'accusa, je rédigeais le mémoire que j'ai lu à l'Académie sur la *Trachéotomie dans les accidents syphilitiques des voies respiratoires*; j'avais lu bon nombre d'observations et de travaux se rapportant au sujet. L'histoire de M. X... se présenta à mon esprit sous un tout autre jour, et j'entrevis le diagnostic : laryngite tertiaire, anémie syphilitique. Quelques jours après, le laryngoscope me donnait une première confirmation : le vestibule du larynx était rouge et légèrement gonflé, la corde vocale supérieure droite était bosselée, saillante et atteignant presque le niveau de la corde inférieure ; sur cette dernière, une petite saillie sessile, grosse comme un grain de millet. Je passe sur les autres examens, faits pendant le cours du traitement, et sur le grand bénéfice que je retirai des gargarismes au bromure de potassium pour apprivoiser le gosier de ce malade.

Immédiatement après le premier examen, j'ordonnai 1 gramme d'iodure de potassium. Au bout de huit jours l'appétit était absolument rétabli. Au bout de quinze jours, avec 2 grammes d'iodure, l'état général était excellent et le malade déclarait avoir retrouvé comme par enchantement son entrain, sa vigueur, et ne s'être jamais mieux porté. La voix se dévoilait sensiblement, mais laissait encore à désirer. Un mois après, c'est-à-dire au bout de six semaines en tout, la dose du médicament ayant été élevée à 3 grammes, les fonctions vocales étaient revenues à l'état normal, tant comme intensité que comme étendue. L'action ~~déclat~~ de l'iodure de potassium me paraît être la seconde confirmation de mon diagnostic.

Depuis trois mois que ces faits se sont passés, la guérison ne s'est pas démentie. M. X... se porte à merveille; j'espère qu'il est définitivement quitte. En tout cas, l'un et l'autre, nous savons maintenant à quel saint nous devons nous adresser si quelque nouvel orage se lève.

Je m'excuse, en terminant, des détails circonstanciés de cette observation, mais je ne veux pas faire de fausse modestie. Là où je me suis trompé, d'autres pourront se tromper aussi. Pour que cette communication eût quelque utilité, je devais montrer les causes de mon erreur passagère, les raisons qui m'en ont fait sortir et le succès d'un traitement opportun.

La Société se forme en comité secret à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 21 AVRIL 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *Le Bulletin de thérapeutique.* — *Le Sud médical de Marseille.*

Premier fascicule du *Bulletin de l'Association française contre l'abus du tabac.*

M. Védrenne, chirurgien militaire à Fort-Napoléon, adresse une observation intitulée : *Gangrène momifique des deux pieds; double amputation, guérison.* — Renvoyé à M. Paulet, rapporteur.

COMMUNICATIONS

Trachéotomie dans les affections syphilitiques du larynx.
— M. DESPRÉS. J'ai observé, à l'hôpital de Lourcine, une malade

qui a eu une laryngite syphilitique, pour laquelle j'ai dû pratiquer, il y a quatorze mois, la trachéotomie, et placer une canule que la malade porte encore. J'ai désiré signaler ce fait, parce qu'il prouve que les oblitérations du larynx peuvent avoir lieu par suite de lésions autres que les accidents tertiaires. Voici le fait :

La nommée L... (Gabrielle), âgée de 26 ans, était entrée dans mon service le 25 décembre 1867, se plaignant d'une bronchite et d'un enrouement qu'elle avait, disait-elle, depuis six mois. La respiration était très-gênée et la voix était éteinte. Outre cette maladie, la fille L... avait encore une éruption de boutons sur les lèvres et des croûtes dans les cheveux; l'haleine de la malade était mauvaise.

La suffocation paraissant le phénomène capital, la malade a été soumise à l'examen laryngoscopique, et j'ai trouvé des plaques muqueuses à forme végétante, au nombre de dix ou douze, sur la base du V lingual, une petite ulcération sur le repli ary-épiglottique du côté droit, et une plaque muqueuse sur la corde vocale du côté droit. L'orifice laryngien ne s'ouvrait pas, l'air passait avec peine entre les cordes vocales; sur les côtés de la glotte, les parties étaient tuméfiées, pâles et lisses. La malade était maigre, et ses règles venaient mal.

Quoiqu'il n'y eût aucun antécédent de syphilis, dite primitive, dans les maladies antérieures de cette jeune femme, je n'hésitai pas à rattacher les accidents à une syphilis constitutionnelle, datant au moins de six mois. D'ailleurs, les plaques muqueuses de la gorge, les syphilides papuleuses de la face et du cuir chevelu autorisaient ce diagnostic. Je dois ajouter que la malade avait été traitée, il y a quatre ans, par M. Verneuil, à l'hôpital de Lourcine, pour une métrite, que j'avais soigné moi-même cette malade dans mes salles, dix-huit mois après, pour une récurrence de sa métrite, et que ni M. Verneuil ni moi n'avions constaté de syphilis chez la fille L...

Le 2 février, j'ai pratiqué la trachéotomie, et j'ai observé la malade. Celle-ci a eu pendant plusieurs mois des récurrences de syphilide palpable de la face, et j'ai constaté, deux fois au moins, des plaques muqueuses ulcérées à la commissure des lèvres. Le 25 mars 1868, la malade a eu un abcès à la cuisse, qui m'a paru être une gomme sous-cutanée, et qui a guéri en trois semaines après une incision. A partir de ce moment, la malade, qui était soumise au régime tonique, a repris de l'embonpoint.

Pendant tout ce temps j'examinai de temps en temps le larynx, et je le trouvai oblitéré par un gonflement qui paraissait siéger au niveau des ventricules du larynx. J'ai vu aussi les plaques muqueuses de

l'arrière-gorge disparaître après des cautérisations, mais la canule à trachéotomie a dû être gardée. J'ai remarqué aussi que les règles, revenues avec l'embonpoint de la malade, avaient une certaine influence sur le gonflement de la muqueuse du larynx. La malade, à ses époques, pouvait moins se faire entendre quand elle cherchait à parler en bouchant sa canule.

J'ajoute que, depuis quatorze mois, j'ai essayé les moyens préconisés pour guérir les laryngites syphilitiques tertiaires : j'ai donné de l'iodure de potassium pendant deux mois, à dose de 1 et 2 grammes par jour, cela n'a rien fait ; j'ai essayé de dilater le larynx par un cathétérisme rétrograde en passant des baleines par la plaie de la trachée, je n'ai rien obtenu.

Toutefois, je dois dire qu'aujourd'hui le larynx est plus libre, que le cathétérisme est plus facile et qu'il passe plus d'air par le larynx, et je compte bientôt employer la canule de M. Broca.

En résumé, je crois qu'il s'agit chez ma malade d'une laryngite syphilitique, des premiers temps de la syphilis ; qu'il y a eu là des plaques muqueuses végétantes du larynx, et qu'elles ont rempli le larynx et ses ventricules, d'où un gonflement énorme de la muqueuse et une oblitération. Je pense que si elles ont duré, c'est parce qu'il m'a été impossible de les atteindre par une cautérisation directe, et que le gonflement qui les accompagne est long à disparaître, et ne peut laisser le larynx reprendre ses fonctions, quelque les plaques muqueuses soient guéries. Il me reste bien un doute que rien ne peut éclaircir : je crains que les plaques muqueuses ne soient devenues des végétations, comme je l'ai observé déjà pour un certain nombre de plaques muqueuses végétantes de la langue.

M. GUÉRIN. M. Després s'est trompé quant à la signification des communications faites à l'Académie sur ce sujet. S'il a été dit, en effet, que les rétrécissements syphilitiques ne sont pas dus à des accidents secondaires, mais à des accidents tertiaires, il n'a pas été dans l'idée de M. Trélat, ni du rapporteur, de dire que les accidents secondaires ne pouvaient amener l'œdème de la glotte, et, par conséquent, nécessiter la trachéotomie. Personne, je crois, n'a jamais nié que les plaques muqueuses puissent se développer sur la langue et sur la glotte.

M. TRÉLAT éprouve un grand étonnement de la communication de M. Després. Si les accidents étaient dus seulement au gonflement de la muqueuse, si c'était à cette cause seule que dût être attribuée l'impossibilité où s'est trouvé M. Després de pouvoir enlever la canule, ce fait serait contraire à tous ceux qui ont été observés ; car dans

tous il y avait du côté du larynx des désordres considérables, et cela n'existe en général que lorsque l'affection a une longue durée.

M. DESPRÉS. La malade n'éprouvait de maux de gorge que depuis six mois. Je n'ai pas la prétention de renverser les opinions émises par MM. Guérin et Trélat; ils ont affirmé que l'oblitération des voies respiratoires n'était possible que dans le cas de syphilis tertiaire. Je me suis borné à produire ce fait, à publier cette observation, que j'ai prise moi-même.

M. TRÉLAT maintient ses réserves quant à l'ancienneté réelle des accidents syphilitiques chez la malade de M. Després.

Imperforation de l'anus et communication de l'extrémité inférieure du gros intestin avec la vessie. — M. MARJOLIN. Le but de ma communication est de demander à ceux d'entre vous qui ont eu occasion de rencontrer un cas semblable quelle est la conduite à tenir; cette fois, il ne s'agit plus d'une simple imperforation de l'anus, mais d'une communication anormale du rectum avec la vessie. Ce vice de conformation, très-rare chez les garçons, s'est présenté deux fois à mon observation dans l'espace de quelques mois, la dernière fois chez un enfant de cinq jours, que je n'ai pas revu, bien que j'eusse engagé ses parents à me ramener le petit malade; dans l'autre cas, celui dont je vais rapporter l'histoire, il s'agit d'un enfant actuellement âgé de six mois.

C'est le 26 octobre 1868 que je vis l'enfant pour la première fois. Il y avait quarante heures qu'il était né. La mère a eu quatre enfants dont trois sont morts de convulsions; aucun d'eux n'avait présenté de vice de conformation. A l'occasion de cette communication, je ne puis m'empêcher de faire remarquer combien, à Paris, nous sommes malheureux toutes les fois que, dans les cas d'imperforation anale, nous sommes obligés de recourir à la méthode de Littre. Pour ma part, malgré tous les soins que j'ai pu prendre, je n'ai pu parvenir à dépasser le terme de dix-neuf jours. Ces succès me semblent dépendre de deux causes : du retard que l'on met à nous présenter les enfants atteints de ce vice de conformation, et des tentatives répétées pour trouver la fin du gros intestin; quelques-uns de ces enfants m'ont été amenés au bout de cinq ou six jours, ayant le ventre douloureux, distendu, et, malgré les vomissements incessants, on continuait à donner des laxatifs; dans d'autres cas, les recherches de toute nature faites pour rencontrer le gros intestin laissaient peu de chances de succès. Ici l'enfant n'avait eu encore que quel-

ques vomissements, et prenait bien le sein; le ventre était médiocrement tuméfié; en définitive, l'état général était assez bon.

Au premier aspect, l'anus paraissait bien conformé, mais l'examen fait avec une sonde cannelée démontrait l'existence d'un cul-de-sac; l'exploration faite avec le doigt semblait indiquer qu'il n'y avait pas un grand espace entre la peau et l'ampoule du gros intestin. J'introduisis, comme j'en ai l'habitude, d'après le conseil donné par notre collègue M. Guersant, une petite sonde dans la vessie; en la retirant, je trouvai les yeux remplis de méconium; ayant acquis la certitude qu'il existait une communication anormale de la vessie et du gros intestin, je cherchai, avant de commencer l'opération, à débarrasser la vessie par une injection d'eau tiède; cette injection provoqua l'issue d'une assez grande quantité de gaz et de méconium. Voulant alors donner une plus libre issue aux matières, je pratiquai une incision au périnée, et je trouvai assez profondément la fin de l'intestin; sous l'influence des cris et des efforts, le méconium sortit et par l'urètre et par l'incision.

Pendant les quatre premiers jours, le cours des matières continua par ces deux ouvertures; il y eut bien encore quelques vomissements et un peu de tension de l'abdomen, mais les bains et les fomentations émollientes firent cesser ces accidents, et l'enfant continua à prendre le sein; malheureusement, dès le cinquième jour l'ouverture artificielle cessa de livrer passage aux matières, qui reprirent leurs cours anormal. Depuis cette époque, j'ai revu, à des intervalles plus ou moins éloignés, l'enfant, qui continue à prendre des forces et de l'embonpoint; il y a eu quelquefois une légère constipation, qui a facilement cédé à de légers laxatifs; mais c'est une situation exceptionnelle que je ne crois pas prudent de prolonger, et c'est dans le but de connaître si quelqu'un d'entre vous a pratiqué avec succès une opération dans un cas semblable que j'ai cru devoir vous faire part de ce fait, dont je résume actuellement les détails notés avec soin, et chaque jour, par M. Chaume, interne de mon service.

M. DEMARQUAY croit qu'il n'y a pas à hésiter sur la conduite à tenir en pareille circonstance; il faut agir et pratiquer une opération. On ne peut attendre, car le passage des matières fécales par la vessie ne tarde pas à amener des altérations graves. L'opération est d'autant plus indiquée que la première tentative de M. Marjolin a montré que le rectum était accessible; mais si l'on veut éviter l'oblitération de l'orifice artificiel, il faut suturer la muqueuse et la peau.

M. TRÉLAT partage l'opinion de M. Demarquay. Il a eu l'occasion de faire l'opération sur une petite fille chez laquelle l'anus s'ouvrait

en arrière de l'hymen ; il fit huit points de suture réunissant la peau et la muqueuse ; le succès fut permanent.

L'absence ou la présence du sphincter est une circonstance importante ; le plus souvent, le sphincter est réduit à quelques fibres ; et sitôt qu'il y a un peu de constipation, il y a procidence de la muqueuse rectale.

M. ELOT a vu, à l'hôpital des Cliniques, un grand nombre de cas semblables dont il a opéré la dissection avec le plus grand soin ; le sphincter anal existe le plus souvent, et l'incontinence des matières n'est pas aussi à craindre qu'on paraît le croire.

M. BOINET. J'ai observé la communication de la vessie et de l'intestin chez un homme de quarante-quatre ans. Il éprouvait dans la région de vives douleurs qu'on croyait pouvoir attribuer à une névralgie. Un jour que les douleurs avaient été plus fortes, nous le fîmes uriner ; il rendit du pus, ce qu'il n'avait jamais fait. Plus tard, on trouva dans l'urine des matières noirâtres qui n'étaient, ainsi qu'il résulte d'un examen de l'urine fait par M. Davaine, que des matières alimentaires non complètement digérées. Malgré cette communication, les urines restèrent claires, et il n'y eut pas d'inflammation de la vessie.

M. GIRALDÈS. Le point où a lieu la communication de la vessie avec le rectum est des plus variables ; M. Danyau l'a vu à l'urètre ; assez souvent le rectum se prolonge en pointe et sous forme de bride jusque vers la prostate ; d'autres fois il se termine beaucoup plus haut, sous forme d'ampoule. On ne peut s'abstenir d'opérer, car il y a péril à permettre le passage des matières par la vessie. L'opération qui doit être préférée est celle d'Amussat ; j'ai eu l'occasion d'y avoir recours plusieurs fois, entre autres chez un petit malade que j'ai pu suivre pendant six mois ; se borner à une simple ponction, c'est aller au-devant d'un insuccès, car l'ouverture ainsi faite se rétrécit peu à peu et s'oblitére.

M. TRÉLAT. Il y a un siège d'élection pour l'abouchement anormal : c'est la partie supérieure du trigone vésical. La disposition du rectum peut varier, l'oblitération peut commencer plus ou moins haut ; la partie rétrécie peut se prolonger plus ou moins loin, mais elle aboutit toujours, en définitive, au niveau du trigone.

M. VERNEUIL. M. Giraldès vient de faire allusion à la résection partielle du coccyx. J'ai proposé jadis cette petite addition au Manuel de l'entérotomie périnéale, pour atteindre plus aisément l'ampoule rectale lorsqu'elle se trouve assez loin de la surface cutanée. Cette proposition, faite à la Société de chirurgie, y fut assez mal

accueillie. Or, deux fois depuis j'ai eu l'occasion de faire la résection susdite. L'un de mes petits sujets a vécu dix jours et a succombé à un sclérôme; l'autre, qui m'avait été apporté un matin à l'hôpital, a été perdu de vue.

Tout ce que je puis dire, c'est que le procédé est très-simple; la découverte, l'ouverture, la fixation de l'intestin singulièrement facilitées; la résection de la moitié inférieure du coccyx, très-facile d'ailleurs, ne compliquait nullement l'opération.

Dans l'extirpation d'une tumeur du rectum chez l'adulte, j'ai eu recours également, et avec avantage, à la résection partielle du coccyx. L'os, mis à nu, a été divisé en travers avec la pince de Liston. Le champ opératoire subitement agrandi par cette manœuvre, le maniement des instruments est devenu beaucoup plus sûr et plus commode.

M. MARJOLIN. Mon intention était de pratiquer de nouveau l'opération, mais j'ai tenu à avoir l'avis de mes collègues.

PRÉSENTATION DE MALADES

Bras artificiel. — **M. GRIPOUILLEAU** présente un malade amputé du bras, auquel il a appliqué un bras artificiel de son invention; à ce bras peut s'appliquer à bon droit la qualification de prothèse des pauvres, car son prix n'est que d'une trentaine de francs, et il permet à l'opéré de se livrer, avec une grande facilité, à tous les travaux des champs et de gagner sa vie par son travail.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

Dilatateur du rectum. — **M. TILLAUX** présente à la Société un rectotome, instrument destiné à sectionner le rétrécissement du rectum.

Tous les chirurgiens, dit M. Tillaux, ont été aux prises avec les difficultés que présente le traitement des rétrécissements du rectum. La dilatation, soit avec les mèches, avec les canules en gomme, etc., est le moyen le meilleur et le plus généralement employé; mais il est parfois, souvent même insuffisant, et il faut alors recourir à l'incision.

Se trouvant en présence d'un cas semblable, chez une jeune femme de 26 ans, atteinte d'un rétrécissement fibreux du rectum rebelle à

la dilatation, M. Tillaux fit construire un instrument destiné à inciser le point rétréci.

Cet instrument se compose d'une extrémité terminée en olive, de volume variable et renfermant dans son intérieur deux lames qui peuvent se développer de façon à produire des incisions depuis 1 millimètre jusqu'à 15 millimètres de chaque côté. Ces lames sont faites à la manière de celles qu'a imaginées M. Malsonneuve pour son urétrotome, c'est-à-dire qu'elles sont mousses à leur partie la plus saillante.

Cet instrument, habilement construit par MM. Robert et Collin, a pu être très-facilement manœuvré sur la femme opérée par M. Tillaux, et a donné de très-bons résultats.

Les principaux avantages sont :

- 1° De pouvoir graduer et limiter exactement les incisions ;
- 2° De pratiquer ces incisions aussi petites que l'on veut, et de les multiplier sur le pourtour du cercle fibreux. On remplace, de cette façon, la profondeur par le nombre, et l'hémorrhagie est beaucoup moins à craindre.

Enfin, la tige, terminée par l'extrémité olivaire, porte un curseur qui permet de mesurer rigoureusement la hauteur et l'étendue du rétrécissement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 28 AVRIL 1869

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — *L'Art dentaire*. — *Le Marseille médical*, n° 4.

— *Note sur les polypes fibreux de l'utérus*, par le docteur Ancelet (de Veilly-sur-Aisne), membre correspondant, Broch, in-8°,

— *Une épidémie de peste en Mésopotamie en 1867*, par le docteur Tholozan, membre correspondant.

— *Beitrag zur Geschwulstlehre*, par Th. Billroth et V. Czerny. Broch. extraite des Archives de clinique chirurgicale de Laugenbeck, band XI, heft 1.

M. Thomas (de Tours) adresse à la Société l'observation suivante :

Occlusion intestinale datant de trente-trois jours. — Entérotomie. — Guérison et rétablissement du cours normal des matières. — M. THOMAS (de Tours). — Le 18 décembre 1866, je fus mandé par M. Touchard, médecin à Enres (Indre-et-Loire), pour voir en consultation avec le docteur Maugeret (de Tours), M. F..., instituteur à Enres, atteint d'occlusion intestinale.

Ce malade, âgé de 43 ans, petit, maigre, d'une constitution assez chétive, se trouvait dans le plus triste état. Le ventre présentait un volume extraordinaire, qui contrastait avec la maigreur excessive du reste du corps. A travers la paroi abdominale, amincie et extrêmement distendue, se dessinaient en relief les anses intestinales, plus que doublées de volume. Le ballonnement du ventre était uniformément réparti ; mais par moments le ventre changeait brusquement de forme, par suite du déplacement des gaz intestinaux qui s'accumulaient tantôt dans un point, tantôt dans un autre. La paroi abdominale était alors soulevée à ce niveau par les anses intestinales correspondantes, distendues outre mesure et dont la rupture paraissait imminente. Le malade accusait en même temps des douleurs atroces qui lui arrachaient des cris ; puis, au bout de quelques instants, le ballonnement du ventre devenait uniforme et les douleurs diminuaient. En dehors de ces circonstances, la pression sur l'abdomen était peu douloureuse. La face était grippée, le pouls petit et les forces très-diminuées.

M. Touchard me donna sur ce malade les renseignements suivants, qu'il eût été alors dans l'impossibilité de me fournir lui-même, et dont, dans la suite, il confirma l'exactitude. M. F... fut atteint, à l'âge de cinq ans, de la dysenterie qui régnait épidémiquement à Enres. Depuis l'âge de quinze ans, il éprouva assez souvent des coliques et fut sujet à la constipation ; mais sa santé était assez bonne.

Dans les premiers jours du mois de janvier 1867, il fut atteint d'une constipation opiniâtre avec coliques très-vives, ballonnement du ventre et même vomissements. Des évacuations abondantes vinrent heureusement, au bout de dix jours, mettre un terme à ces accidents.

Au mois de juillet de la même année, M. F... resta quinze jours sans aller à la garde-robe et éprouva, comme au mois de janvier, des coliques très-vives avec ballonnement du ventre et vomissements bilieux. Enfin survint encore heureusement une débâcle abondante.

A dater de cette époque, les selles devinrent à peu près régulières, et le malade se croyait à tout jamais à l'abri d'une récurrence, lorsque, au mois de juillet 1868, il fut repris, avec une intensité plus grande encore, des mêmes accidents, qui ne cessèrent qu'au bout de douze jours. Mais le rétablissement ne fut pas complet; les selles restèrent rares, peu abondantes, et ce ne fut guère que vers la fin du mois de septembre que les fonctions reprirent leur régularité normale et continuèrent ainsi jusqu'au moment où débutèrent les accidents qu'éprouve actuellement le malade.

Le 15 novembre, M. F... a été à la garde-robe pour la dernière fois; depuis lors jusqu'à ce jour, 18 décembre, c'est-à-dire depuis trente-trois jours, les selles ont été complètement supprimées. Les jours suivants, le ventre se ballonna légèrement, le malade éprouva quelques coliques, mais, malgré les crises précédentes, se préoccupa peu de son état; il espérait toujours que les selles se rétabliraient naturellement. Malheureusement il n'en fut rien. A partir du 27 novembre, la sortie des gaz par l'anus devint impossible; le ballonnement du ventre fit alors de rapides progrès et les coliques devinrent beaucoup plus vives. Différents purgatifs, huile de ricin, huile de croton, etc., des lavements simples ou purgatifs furent, à différentes reprises, administrés sans aucun résultat. Le 12 décembre, le docteur Millet (de Tours), demandé en consultation, prescrivit de nouveaux purgatifs, et se retira avec cette conviction que la mort était certaine, à moins d'une intervention chirurgicale.

Le 17 décembre, survinrent des vomissements de matières fécales; l'état général était de plus en plus alarmant; M. Touchard me fit alors demander.

Lorsque je vis le malade, il était dans l'état que j'ai déjà décrit plus haut. Le diagnostic et le pronostic n'étaient pas douteux, ni pour moi ni pour mes confrères, MM. Touchard et Maugeret; il existait une occlusion intestinale : la mort était prochaine.

Je pratiquai le toucher rectal et je m'assurai que l'obstacle n'était pas accessible au doigt. Ni le malade, ni M. Touchard, appelé trop longtemps après le début des accidents, ne purent me fournir de renseignements sur la façon dont s'était développé le ballonnement du ventre; mais mon distingué confrère put m'assurer, pour avoir examiné le malade à plusieurs reprises, et notamment peu de temps

avant l'apparition de ces derniers accidents, qu'il n'existait dans l'abdomen aucune tumeur appréciable. Ce fait et l'absence d'hémorragies intestinales éloignaient l'idée d'une affection cancéreuse de l'intestin. Du reste, l'intermittence des accidents, séparés par des intervalles souvent assez longs, pendant lesquels les fonctions s'accomplissaient régulièrement, ne permettait guère d'admettre l'existence d'une lésion organique de l'intestin, de quelque nature qu'elle fût. Si donc la présence d'un obstacle au cours des matières ne pouvait être mise en doute, la nature et le siège de cet obstacle restaient tout à fait inconnus.

L'absence de fièvre, de douleur à la pression sur l'abdomen, indiquait qu'il n'existait pas de péritonite, et par suite qu'une intervention chirurgicale, dont l'opportunité était évidente pour tous, se présentait avec quelques chances de succès. Deux opérations pouvaient être pratiquées : la gastrotomie ou l'entérotomie. Mais, outre la gravité moindre de cette dernière opération, ce qui m'eût, dans tous les cas, engagé à lui donner la préférence, je ne pouvais, en l'absence de renseignements sur le siège et la nature de l'obstacle, songer à la gastrotomie.

L'opération ayant été acceptée par le malade, je pratiquai immédiatement l'entérotomie, avec l'aide de MM. Touchard et Maugeret. Par suite de la gêne de la respiration que causait le ballonnement du ventre, je ne crus pas devoir administrer le chloroforme. Je fis l'opération du côté droit, et procédai suivant les règles posées par M. Nélaton. L'issue d'une petite quantité de sérosité m'annonça que j'avais pénétré dans le péritoine. Je fixai à la paroi abdominale, par six points de suture, le cæcum, énormément distendu, qui se présentait entre les lèvres de l'incision. L'obstacle siégeait donc sur le gros intestin. L'ouverture du cæcum donna issue à des gaz et à une quantité considérable de matière pâteuse, homogène, de couleur ardoisée. M. Touchard, qui donna les soins consécutifs à l'opéré, estime que le poids des matières rendues au moment de l'opération et pendant les deux jours qui suivirent, s'élevait à peu près à 14 ou 15 livres.

Le malade éprouva immédiatement après l'opération un immense soulagement. Je prescrivis le repos le plus complet, et, dans le but de favoriser la formation des adhérences péritonéales, en modérant les contractions de l'intestin, l'usage d'une pilule d'extrait gommeux d'opium de 1 centigramme, toutes les deux heures. La nuit fut calme : le malade reposa. L'évacuation des matières continua pendant la nuit, si bien que le lendemain le ventre n'était que très-

modérément tendu et nullement douloureux. Tout alla pour le mieux les jours suivants ; l'écoulement des matières eut lieu facilement par l'anus artificiel, parfois avec de légères coliques ; il n'y eut pas de fièvre, et le malade put commencer à se nourrir.

Le 23 décembre, j'enlevai quelques fils, et, jugeant les adhérences assez solides, je résolus alors d'explorer l'intestin. Ayant introduit le doigt dans le rectum, je fus vivement surpris de rencontrer des matières fécales dans l'ampoule rectale, que j'avais trouvée complètement vide avant l'opération. La perméabilité de l'intestin était rétablie, et j'en eus une nouvelle preuve en voyant sortir par la plaie le liquide d'un lavement administré par le rectum. Je conseillai, dans le but d'entretenir la perméabilité de l'intestin, l'usage, matin et soir, de lavements administrés par le rectum, puis, aussitôt que le cours des matières paraissait assuré par les voies normales, l'application d'un bandage qui s'opposerait à leur sortie par l'anus artificiel. Ce moyen fut peut-être employé trop tôt.

Le 10 janvier 1869, je fus mandé de nouveau par M. Touchard. Je trouvai M. F... en proie à de violentes coliques ; le ventre était ballonné, mais non plus uniformément comme avant l'opération ; le ballonnement était limité à l'épigastre et aux flancs. Il était dû à la distension du gros intestin, qui se dessinait à travers la paroi abdominale, et, sur certains points, atteignait le volume de l'avant-bras. La saillie formée par l'intestin se terminait brusquement dans la fosse iliaque gauche ; il était évident que là était l'obstacle et qu'il siégeait sur l'S iliaque. Le son presque mat fourni par la percussion au niveau de l'intestin annonçait que sa distension était due à une accumulation de matières. Par moments, le malade accusait des coliques plus violentes, l'intestin devenait alors le siège de contractions très-énergiques, appréciables à travers la paroi abdominale, et sous l'influence desquelles des gaz et une très-petite quantité de matières étaient chassés par l'anus artificiel. Ni gaz ni matières ne sortaient par le rectum.

Il y avait donc encore occlusion intestinale. L'obstacle du cours des matières s'était reproduit, et leur consistance, en s'opposant à leur sortie par l'anus artificiel, avait déterminé l'apparition de ces nouveaux accidents. Ce fut en vain que je pratiquai le toucher rectal et que je tentai de franchir l'obstacle avec une sonde.

Je perdis alors complètement l'espoir que j'avais conçu de voir M. F... guérir sans infirmité, et je me retirai avec cette conviction que l'obstacle qui existait au cours des matières ne permettrait jamais, d'une façon durable, leur rétablissement. Je conseillai seule-

ment, pour mettre un terme aux accidents, d'administrer par l'anus artificiel des injections jusqu'à complète évacuation de l'intestin, et de prévenir ensuite, par le même moyen, répété plusieurs fois par jour, un nouvel engouement. L'intestin, vide, reviendrait alors peu à peu sur lui-même, et pourrait à la longue, n'étant plus traversé par les matières, se rétrécir au point de s'opposer à la reproduction de pareils accidents. La guérison serait alors achetée au prix d'une infirmité, que son siège sur le cœcum rendrait moins grande, à cause de la consistance des matières dans cette partie de l'intestin, et de la faculté qu'elles auraient de séjourner dans le cul-de-sac du cœcum, qui jouerait ici le rôle de l'ampoule rectale. Pour ces raisons, il n'y aurait peut-être pas cet écoulement incessant de matières qui fait ordinairement de l'anus contre nature une si dégoûtante infirmité.

Mais, heureusement pour le malade, mon distingué confrère, M. Touchard, n'abandonna pas si promptement l'espoir de voir le cours des matières se rétablir. Après avoir évacué complètement l'intestin, il réussit à franchir l'obstacle à l'aide d'une sonde œsophagienne. Il répéta matin et soir ce cathétérisme pendant plusieurs jours et le fit suivre chaque fois de lavements dont le liquide s'écoulait par la plaie.

Sous l'influence de ce traitement, les selles se rétablirent, et bientôt elles eurent lieu naturellement sans être provoquées par des lavements. L'écoulement des matières par l'anus artificiel devint en même temps chaque jour moins abondant et cessa bientôt presque complètement.

Le 4 mars, M. F... vint à Tours me voir. Son état général est excellent, les forces et l'embonpoint sont revenus. Il ne prend plus de lavements et va naturellement à la garde-robe deux fois par jour. L'anus artificiel ne consiste plus qu'en un orifice très-étroit, entouré par un bourrelet rouge formé par la muqueuse, et ne donne plus lieu à aucun écoulement. M. F... me demande de fermer cet orifice; mais je ne crois pas prudent d'accéder à son désir, et j'attendrai plusieurs mois encore avant de le débarrasser de cette petite infirmité.

Cette observation m'a paru digne d'être communiquée à la Société de chirurgie pour plusieurs raisons. Elle est d'abord un nouvel exemple du rétablissement du cours des matières à la suite de l'entérotomie, et cette circonstance suffirait seule pour justifier sa publication.

Elle montre ensuite, par le long intervalle qui s'est écoulé entre le début des accidents et l'opération, par l'état de faiblesse extrême dans lequel se trouvait le malade, que le chirurgien peut intervenir avec

succès dans les cas d'occlusion intestinale en apparence les plus désespérés, pourvu qu'il n'existe pas de péritonite.

Je terminerai enfin par les réflexions suivantes : Que fût-il advenu si, au lieu d'opérer du côté droit, j'eusse pratiqué l'opération à gauche; si, au lieu d'ouvrir le cœcum, j'eusse ouvert l'intestin grêle? Dans ce cas, les matières et les gaz accumulés dans le gros intestin, entre l'obstacle d'une part et la valvule iléo-cœcale d'autre part, n'auraient pu s'échapper ni par la voie normale ni par l'anus artificiel, et les accidents auraient certainement continué. C'est ce qui eut lieu chez mon opéré quelques jours après l'opération, lorsque, l'obstacle s'étant reproduit, les matières ne pouvaient, à cause de leur consistance, s'écouler par l'anus artificiel.

Pour ces raisons, je pense qu'en l'absence de renseignements capables de faire connaître le siège de l'obstacle, le chirurgien doit pratiquer l'entérotomie, non pas indifféremment à droite ou à gauche, comme le disent quelques auteurs, mais toujours à droite, et rechercher le cœcum, qui se présentera entre les lèvres de l'incision, dans le cas où l'obstacle siège sur le gros intestin.

Une courte discussion s'engage sur l'observation de M. Thomas. La Société décide que la question de l'oblitération intestinale sera ultérieurement discutée.

M. GUÉNIOT communique l'extrait suivant d'une lettre que lui a adressée M. Ancelet, membre correspondant, au sujet de la discussion sur les fibromes utérins :

« Je ne suis point actuellement en mesure d'aborder sérieusement la question de la grossesse sur les fibromes utérins, mais provisoirement je me crois autorisé à dire que mes observations concordent avec la théorie que vous soutenez.

« Sur huit observations de fibroïdes de l'utérus qui me sont personnelles, j'ai constaté deux fois l'infiltration séreuse ou séro-sanguinolente et le ramollissement de la tumeur *en dehors de la grossesse*. D'autre part, sur 125 cas de polypes fibreux de l'utérus *complicquant la grossesse*, empruntés à bon nombre d'observateurs, j'ai noté *neuf fois seulement* l'infiltration séreuse ou purulente. Certains faits, il est vrai, sont rapportés d'une façon trop sommaire.

« Il me semble donc comme à vous, monsieur, que l'influence de la grossesse sur l'état du corps fibreux a été admise sur preuves scientifiques insuffisantes, ou tout au moins fort exagérées. »

M. LEQUEST donne lecture du travail de M. Vallet, membre cor-

respondant, ayant pour titre : *Des accidents causés par la migration incomplète du testicule.*

LECTURE

M. LIÉGEOIS continue la lecture de son travail intitulé : *Du sperme et de ses modifications dans les maladies.*

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel, LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 5 MAI 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique.*
— Les *Archives générales de médecine.* — La *Gazette médicale de Strasbourg.* — Le *Sud médical.* — Le *Journal de médecine de l'Ouest.*
— Le *Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe.* — Le *Bulletin médical du nord de la France.*

— M. le docteur FACIEU (de Gaillac), adresse à la Société un travail manuscrit intitulé : *Deux cas de plaie pénétrante du genou ; injections quotidiennes. Guérison avec ankylose.* — Renvoyé à une commission composée de MM. Duplay, Cruveilhier, Sée.

COMMUNICATION

M. LIÉGEOIS donne lecture de la dernière partie et des conclusions d'un mémoire *Sur le sperme et ses modifications dans les maladies.*

Les conclusions de ce mémoire, dont la publication aura lieu dans les Mémoires de la Société, sont les suivantes :

1° Tout homme, à partir de l'âge de la puberté jusqu'à la vieillesse

la plus avancée, s'il est indemne de toute affection génitale, possède dans son sperme les éléments matériels de la fécondation.

2° Certains cryptorchides ne se distinguent des autres par aucun caractère particulier, physiognomonique, intellectuel ou moral.

3° Les maladies aiguës et les maladies chroniques ne paraissent avoir que peu d'influence sur la sécrétion spermatique chez l'adulte; chez le vieillard, au contraire, elles amènent assez fréquemment la suspension de cette sécrétion.

4° Ni la syphilis, ni le traitement mercuriel qui lui est appliqué, n'ont d'effet sur la sécrétion et la vitalité des zoospermes.

5° L'orchite parenchymateuse est une cause puissante d'aspermatozoe, par le trouble profond que cette affection apporte à la sécrétion testiculaire; si l'affection est double, une stérilité incurable en est la conséquence.

6° L'orchite syphilitique bilatérale suspend, quand elle est très-prononcée, la fonction testiculaire, et, de plus, conduit à l'impuissance; mais le retour des zoospermes et de la puissance virile peut se faire sous l'influence d'un traitement approprié.

7° L'épididymite double blennorrhagique est une cause, plus fréquente qu'on ne l'a pensé jusqu'ici, d'oblitérations définitives des voies spermatiques, par la lymphe plastique déposée dans l'intérieur du canal épидидymaire. Les cas où le retour des zoospermes paraît se faire semblent ne se rapporter qu'à ceux où l'inflammation a été peu intense.

L'absence de gonflement et d'induration de l'épididyme n'est pas un indice du rétablissement des voies d'excrétion.

Dans les épидидymites blennorrhagiques bilatérales accompagnées d'oblitérations :

A. La sécrétion testiculaire persiste, mais pendant un certain temps seulement; à une époque qu'il est impossible de préciser, elle ne produit plus de spermatozoïdes, et se borne à fournir un liquide dépourvu de son élément solide.

B. Contrairement à l'opinion généralement admise, les oblitérations doubles entraînent souvent une diminution dans les facultés viriles du sujet.

C. Malgré l'absence des zoospermes dans le liquide des tubes séminipares, la sécrétion des autres humeurs qui concourent à donner au sperme une composition mixte, demeure la même en qualité et en quantité; la quantité est même parfois exagérée.

D. Le seul caractère qui différencie le sperme éjaculé dans ces

conditions, par rapport aux conditions normales, est l'absence des zoospermes.

8° L'épididymite double, non blennorrhagique, due soit à la masturbation, soit à un effort, soit à un traumatisme quelconque, n'est pas, en général, suivi d'oblitération définitive des voies spermaticues, soit que dans le premier cas l'inflammation, qui débute par le canal, ait été peu intense, soit que l'inflammation ait siégé dans le tissu lâche périépididymaire. Dans ces diverses conditions, la présence des zoospermes dans le liquide éjaculé peut coïncider avec la persistance du gonflement et l'induration de l'épididyme.

9° L'épididymite blennorrhagique unilatérale paraît porter une atteinte grave à la sécrétion des spermatozoïdes du côté opposé, c'est-à-dire du côté sain.

10° Il en est de même de toutes les lésions organiques d'un testicule, quelle qu'en soit la nature.

11° L'atrophie et l'arrêt de développement des testicules sont accompagnés d'aspermatozïe.

12° Le même fait se réalise dans toutes les lésions qui détruisent le parenchyme testiculaire, ou qui, refoulant seulement les tubes séminipares vers la face externe de l'albuginée, produisent l'atrophie de ceux-ci.

13° Les fausses membranes morbides, qui dans certaines conditions enveloppent le testicule, les adhérences cellulaires qui unissent les deux feuillets de la tunique vaginale, les kystes épididymaires grands ou petits, ne paraissent point, contrairement à l'opinion généralement admise, empêcher la sécrétion ou l'excrétion spermatique.

14° Dans les kystes spermaticues, la couleur laiteuse n'est pas caractéristique de la présence des spermatozoaires; car des kystes épididymaires peuvent posséder ce caractère physique sans contenir de filaments spermaticues; d'autres peuvent ne pas le posséder quoiqu'ils en contiennent.

15° L'hydrocèle double n'est accompagnée d'aspermatozïe que si elle coïncide avec une oblitération épididymaire bilatérale de nature blennorrhagique. Quand elle est due à un état inflammatoire ou subinflammatoire de la séreuse, indépendant de l'appareil séminal, le sperme présente ses caractères normaux et contient des spermatozoïdes, quoique alors le plus souvent l'épididyme soit le siège d'un gonflement et d'une induration.

Une observation semble démontrer que la pression exercée par le liquide même de l'hydrocèle sur le canal déférent ou l'épi-

dyme peut arrêter le sperme dans son trajet à travers les voies séminales.

16° Les oblitérations des canaux déférents entraînent avec elles les mêmes conséquences sur l'excrétion spermatique que celles de l'épididyme. Quand elles se prolongent dans l'intérieur du bassin, elles peuvent être accompagnées d'aspermatisme (absence de sperme), quoique le coït et l'érythisme vénérien qui le suit ne soient nullement entravés.

17° La varicocèle ne paraît pas avoir d'influence sur la sécrétion spermatique, à part le cas où cette affection a amené l'atrophie testiculaire.

18° Les kystes du cordon, les hernies inguinales, ont paru chez le vieillard, d'après certains cas publiés jusqu'ici, capables d'amener l'oblitération du canal déférent; mais les observations manquent pour savoir s'il en est de même chez l'adulte.

19° Les bandages inguinaux n'ont pas l'influence fâcheuse qu'on a été tenté jusqu'ici de leur attribuer.

20° Enfin, dans la spermatorrhée, les spermatozoïdes ne présentent aucun caractère de configuration anormale, comme on l'a indiqué. De plus, leur nombre peut être dans le sperme en quantité aussi considérable qu'à l'état normal. Cependant on peut trouver des sujets privés de spermatozoïdes même avant que ceux-ci soient arrivés à l'état de marasme, auquel conduit souvent cette affection.

Résection sous-périostée de la cloison nasale. — M. CHASSAIGNAC. — Parmi les procédés de résection sous-périostée de la cloison nasale, il en est un que je désire soumettre au jugement de la Société de chirurgie et que j'ai déjà eu l'occasion de mettre en pratique avec succès dans certaines déviations de la cloison, s'accompagnant et étant, suivant moi, la cause de déformations choquantes dans la configuration du nez.

On sait que Blandin avait eu recours, dans les cas de déviation outrée de la cloison nasale, à un procédé qui consiste à faire subir à la cloison déviée une perte de substance, pratiquée à l'emporte-pièce. Mais ce procédé, à l'occasion et sur les résultats duquel je n'ai connaissance d'aucune observation détaillée, me paraît avoir un inconvénient.

D'abord, il établit une communication internasale par la perforation de la cloison, perforation qui, lorsqu'elle est accessible à la vue, produit une impression pénible et peut apporter quelques trou-

ble dans le timbre de la voix. De plus, Blandin opérait en agissant sur la muqueuse aussi bien que sur le tissu propre de la cloison, ce qui multiplie les chances d'hémorrhagie.

Dans le procédé que j'emploie, au lieu de perforer la cloison avec perte de substance, j'ai pour objet précisément de ne pas perforer d'outre en outre le diaphragme nasal, mais de l'amincir par abractions successives au degré nécessaire pour le redresser facilement.

Ce procédé a été mis à exécution pour la première fois le 15 août 1851, en présence de MM. Gardel et Feldmann. (Voy. Bulletins de la Société de chirurgie. Séance du 27 août 1851.)

Voici en quoi il consiste : Le malade étant anesthésié et mis dans une position convenable en face du jour, on pratique tout près de la sous-cloison, et dans le sens antéro-postérieur, une incision très-légèrement courbe à ses deux extrémités. Cette incision a pour objet de mettre à découvert le cartilage dévié. On introduit alors à l'intérieur de la plaie l'extrémité d'une spatule, au moyen de laquelle on décolle la muqueuse d'avec le cartilage. Ce temps de l'opération est assez laborieux. Le cartilage une fois mis à nu, on refoule avec la spatule le lambeau muqueux au-dessus de l'ampoule cartilagineuse, puis on coupe plusieurs épaisseurs dans le cartilage, jusqu'à ce qu'on obtienne une souplesse et un amincissement qui permettent de rejeter vers la ligne médiane la cloison cartilagineuse, devenue facile à déplacer. Cela fait, on ramène de haut en bas le lambeau muqueux contre la cloison.

Une petite éponge de forme conique est placée dans la narine, pour rendre permanent ce qui vient d'être obtenu au moment de l'opération. L'éponge est laissée plusieurs jours sur place, et, sauf l'incommodité résultant de l'odeur, aucun accident n'est la suite de cette opération, plutôt délicate que réellement difficile, mais pendant laquelle l'issue du sang, après la section de la pituitaire, ne laisse pas que de causer quelque embarras. Aussi faut-il éponger sans cesse pendant l'exécution du procédé. (*Traité des opérations*, t. II, p. 463. Victor masson, 1861.)

RAPPORT

M. PANAS fait un rapport verbal sur le travail suivant, lu à la Société par M. Giraud-Teulon dans la séance du 17 mars 1869.

Des rapports de position à établir dans les opérations qui intéressent la cornée, entre le chirurgien, l'opéré et

La source d'éclairage, en égard au point brillant de l'œil.

— Lorsqu'on se propose d'exécuter une opération délicate sur la cornée, le premier soin que l'on prenne est de choisir un bel éclairage pour y exposer largement le théâtre de l'action. On y dispose ensuite son malade de façon à ne point se porter ombre à soi-même pendant aucun des temps de l'acte opératoire.

A ces règles générales se bornent les prescriptions formulées par les auteurs : à peine trouve-t-on chez quelques-uns la vague indication d'une autre condition presque aussi intéressante à prévoir que les précédentes, relativement au succès de l'opération. Nous voulons parler des entraves que peut apporter à l'œuvre en cours d'exécution la présence des reflets cornéens. Chacun comprend que si, dans une opération, la pointe de l'instrument qui pénètre dans la chambre antérieure se trouve devoir passer sous un reflet cornéen, elle sera nécessairement offusquée par une image plus ou moins brillante ; l'opérateur la perdra de vue, et risquera, pendant cette éclipse, de l'engager dans l'iris, de léser la capsule antérieure, le cristallin lui-même, ou encore la membrane de Demours.

Aujourd'hui que les diverses méthodes en faveur comportent une précision d'exécution dont le champ se renferme entre des limites d'un demi-millimètre d'étendue, il est, pensons-nous, superflu d'insister sur la nécessité où est le chirurgien, avant d'entreprendre une de ces opérations, d'avoir écarté préalablement de son chemin tout obstacle à une surveillance continue de la pointe de son instrument.

C'est de ces précautions préopératoires, trop négligées jusqu'ici, que nous nous proposons de vous entretenir dans cette courte note.

Quels sont donc ces reflets cornéens, quelle est leur origine, quel est leur mécanisme, comment peut-on se dérober à leur influence souvent funeste ?

Au point de vue qui nous occupe, et comme scène opératoire, la cornée nous représente un simple instrument de réflexion, un miroir convexe. C'est bien ici à proprement parler, et suivant une dénomination vulgaire, le *miroir de l'œil*.

Tous les corps brillants situés dans la sphère d'activité de ce miroir donnent donc lieu à des images réfléchies, et quand, après avoir disposé notre malade, nous nous apprêtons à l'attaquer, nous reconnaissons avec une certaine inquiétude que plusieurs de ces images nous dérobent des régions précieuses des parties profondes.

Mais nous pouvons réduire la question du pluriel au singulier, et, dans une pensée de simplification théorique, aussi bien que de nécessité pratique, supposer réduit à un seul le foyer lumineux et à une seule image, par conséquent, le reflet cornéen. Cette source de lumière sera généralement une fenêtre dans un beau jour, quelquefois, à travers la fenêtre, un mur blanc plus ou moins distant et éblouissant, dans certains cas plus rares, un foyer artificiel, une lampe.

L'image de ce foyer lumineux est ce que les peintres, qui s'en sont occupés les premiers, désignent sous le nom de *point brillant de l'œil*; les géomètres, *point brillant de la sphère*, l'arkinsje et samon, leur première image oculaire.

C'est ce point brillant de l'œil qu'il nous faut approfondir à présent.

D'après les lois de la réflexion sur les miroirs sphériques convexes, cette image du point lumineux se trouve dans un plan passant par le centre de courbure de la cornée (plan méridien ou d'un grand cercle), et qui contient en même temps le foyer lumineux et l'œil de l'observateur.

De plus, la normale à la surface, ou rayon de la cornée, passant par le point de réflexion (lieu apparent de l'image), divise en deux parties égales l'angle formé par les deux lignes menées de ce point de réflexion au foyer lumineux d'une part (direction de l'incidence), et, d'autre part, à l'œil de l'observateur (direction de réflexion).

Il suit de là :

1^o Que lorsque les positions du foyer lumineux et de l'observateur sont symétriques par rapport à l'axe de l'œil observé, le point brillant est central, il *paraît* sur le sommet de la cornée.

2^o Le foyer lumineux ne changeant point de place par rapport à la cornée, si l'observateur porte sa tête du côté du point lumineux (et à partir de la position symétrique), ce point brillant se déplace dans le même sens, de ce côté du miroir qui regarde le point lumineux.

Dans le mouvement opposé, c'est naturellement le contraire qui a lieu.

3^o Quelle que soit donc la position du foyer lumineux, pourvu qu'il ne soit pas exactement sur l'axe de l'œil observé, la tête de l'observateur se plaçant, elle, sur cet axe, ce dernier voit nécessairement le point brillant du même côté de la cornée que le point lumineux, et d'autant plus excentriquement qu'il se portera ensuite lui-même davantage de ce côté.

Dans ces propositions simples, l'opérateur trouvera, dans chaque circonstance, les éléments nécessaires pour exécuter, à volonté, le

saillant de cette des masses de la surface convexe qu'il aient le respect de tout sujet

carne que le malade est assis, sur un plan horizontal, à une distance convenable des lui ses regards sur une table de 20 centimètres des plus remarquables avec la saignée de la de l'homme. La chirurgie ardeuse comme il est, dans cet, la position qu'il doit prendre lui même et la direction de donner à son sujet :

ce qui concerne celui-ci, il est que cette position de la grande ardeur pas l'opération doit être présentée à l'attention des hommes

la position pour qu'il régle. En fait, par exemple, d'une autre infirmité, il régle le sujet du malade vers la droite, en fait, au contraire, on pense qu'il peut dans cette direction agit d'une manière convenable

et à ce qui le concerne lui même, on dit pas ambidextre, il a la main droite vers la convexe et directement, soit de droite à sa droite et tout qu'en aucun moment important de position, la main qui tient l'instrument ne se pose point à elle même

place donc, en parole, le sujet dans un plan parallèle à la surface, son point est, et de façon à avoir la droite à sa main devant lui, devant la sa

chirurgie est ainsi conduit, avant la région sur laquelle il a toujours eu une de son malade, et relativement à celui-ci, des positions variables et leurs intermédiaires en acceptant de les en degrés qui correspondent pas être remis au malade l'opérateur

pour un degré, il est état qu'il est obligé à se porter de sa de la sa de l'autre côté (pendant ce sera peut être une sa pour plus, en rapport de parallélisme avec celle du malade

il qu'il en fait cette infirmité pour entraîner une attention de leur attention, et cette attention pour éviter jusqu'à ce qu'il en soit de même comme et le manuel opératoire doit la position de la chirurgie sur la saignée d'être de sa sa, et faire qu'il se porte même à lui même l'autre partie des saignées du malade pour, en certains cas, avoir la position de la saignée, une infirmité du malade en fait sur la position normale d'être obligé

Heureusement, les lois de la réflexion, que nous avons rappelées pour le plan diamétral médian de la cornée, sont également vraies pour tout autre plan de grand cercle. Dans tout plan passant par le centre de courbure de la cornée, le foyer lumineux et la tête de l'observateur, l'inclinaison de celle-ci du côté du foyer lumineux déplace l'image réfléchie dans le même sens. Le point brillant déjà localisé, par l'adoption de la position normale, dans une des moitiés de la surface de la cornée, peut donc, par une rotation du malade ou de son œil, de 45 degrés sur son axe, être rejeté d'une des moitiés de cette moitié (ou d'un quadrant) sur l'autre.

Cette propriété, qui réduit à un quadrant déterminé le siège du reflet cornéen par une simple rotation du malade ou du chirurgien, de 45 degrés sur la position définie plus haut, résout toute difficulté pratique dans la question qui nous occupe.

Dans cette discussion, nous avons supposé le chirurgien non ambidextre. Il est clair que pour celui qui jouit de l'heureux privilège d'une même précision dans le jeu de l'une ou l'autre main, les règles que nous venons de formuler seront d'une application d'autant plus facile et plus large.

Les données sur lesquelles a été esquissé le tableau qui précède représentent exactement les conditions opératoires où se place la pratique des écoles modernes. Le malade est opéré dans le décubitus dorsal, sous un jour dont la direction générale se rapproche de 45 degrés de haut en bas. Nous n'avons donc, en ce qui concerne la pratique actuelle de ces écoles, rien à ajouter à nos propositions.

Il est cependant un point de détail sur lequel nous devons nous arrêter un moment. Ces propositions ne sont exactes que dans l'hypothèse d'une immobilité parfaite du globe oculaire pendant l'opération. Cette remarque ne change point d'une manière sensible les conclusions ci-dessus : on sait en effet que, dans la pratique de ces mêmes écoles, le globe est habituellement tenu en parfaite fixité au moyen d'une pince à griffes.

Il se rencontre cependant des circonstances dans lesquelles la position réglementaire devra être modifiée.

Lorsque, dans une iridectomie, par exemple, l'œil doit être attaqué directement de haut en bas, ou de dedans en dehors, les saillies orbitaire ou nasale peuvent obliger l'opérateur à porter le globe fortement en bas ou fortement en dehors, et à transformer en position verticale une position premièrement horizontale du plan de la cornée.

La position du point brillant, fixée par le calcul préalable sur

la moitié inférieure de la cornée, par exemple, peut avoir, dans ce moment, envahi la moitié supérieure. Pour remédier à cet inconvénient, le chirurgien, ne pouvant incliner son malade la tête en bas, devra donc suivre lui-même, par le mouvement de sa tête, l'inclinaison de celle de son malade.

Il devra, en outre, avoir tenu compte à l'avance de cette éventualité, pour établir préalablement son malade dans les conditions les plus favorables, c'est-à-dire placer sa cornée dans un plan le plus près du parallélisme avec les rayons incidents.

En opposition avec le tableau qui précède, jetons un regard en arrière, et examinons comment, dans les méthodes classiques, sont observés ces rapports.

Dans ces méthodes, l'opérateur est assis le dos au jour, le malade en face de lui, tous les deux plus ou moins obliquement placés par rapport à la fenêtre dont la lumière vient frapper le malade à 45 degrés environ de droite à gauche, si le chirurgien doit se servir de sa main droite, en sens opposé s'il emploie la main gauche. De plus, le chirurgien a la tête plus élevée que celle de son malade, et la lumière, très-généralement, tombe sur eux de haut en bas.

D'après ce que l'on a vu tout à l'heure, le point brillant de l'œil est donc ici forcément dans la moitié supérieure de la cornée. Dans toute opération qui devra porter sur cette moitié supérieure, soit directement en haut, soit dans les quadrants supérieurs droit ou gauche, le chirurgien se trouve exposé, en cette situation, à perdre de vue, en un certain moment, la pointe de l'instrument pénétrant.

Lorsque le chirurgien n'est point ambidextre, il se place debout en arrière et au-dessus de son malade, pour opérer l'œil droit. Cette disposition ne change que peu à ses rapports avec la position du point brillant. Celui-ci, plus excentrique que dans le premier cas, est cependant toujours quelque part sur la moitié supérieure de la cornée.

Seules, dans de tels rapports, les régions inférieures et latérales de la cornée peuvent être impunément attaquées. Le remède, en ce cas, pour ce qui concerne la moitié supérieure, consisterait à faire arriver la lumière de bas en haut; mais la chose est-elle toujours possible?

Cette remarque n'est peut-être pas sans quelque intérêt, en ce qui regarde le choix à faire entre la position assise et le décubitus dorsal, pour les opérations intéressant la chambre antérieure, ou du moins les organes qui la limitent.

Nous ne voudrions cependant pas exagérer l'importance de ces considérations. Dans les méthodes classiques, la pointe du couteau (extraction) passe assez loin du plan de l'iris pour que cette membrane puisse être généralement évitée; mais, dans les méthodes nouvelles, où le champ d'exécution se trouve limité, comme nous disions, à moins d'un demi-millimètre près, tout degré de sécurité prend de l'importance.

Telles sont les considérations, messieurs, qui m'ont porté à céder devant vous les conditions faciles du petit problème que je viens d'avoir l'honneur de vous exposer, et que je ne sache pas avoir été jusqu'ici expressément formulées.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. MORTELOUP présente une pièce anatomique recueillie sur une femme ayant succombé à une hémorrhagie survenue pendant une opération de fistule vésico-vaginale, et due au développement considérable d'une branche artérielle provenant des artères utérines.

COMMUNICATION

Atrophie de toute une moitié de la face chez un individu de 25 ans, ayant eu à l'âge de 10 ans une fracture simple du corps de la mâchoire inférieure du côté gauche. — **M. PANAS.** Non-seulement le maxillaire inférieur, mais l'os zygomatique, le maxillaire supérieur et l'arcade orbitaire, ont subi un arrêt de développement du même côté. Toute cette moitié se montrait aplatie, et le nez était dévié dans le même sens. C'est là, on le conçoit, un résultat éloigné des fractures de la mâchoire inférieure survenues à un âge où les os de la face n'ont pas encore subi leur entier développement, qui mérite d'autant plus d'être signalé, que l'attention des chirurgiens ne paraît pas s'y être suffisamment arrêtée.

Kyste mélicérique, situé sous la patte d'oie entre celle-ci et le tibia, du volume d'un œuf de pigeon, chez une jeune fille de 8 ans. — Le siège de la tumeur, la fluctuation que l'on y percevait très-nettement, l'indolence, la longue durée du mal, qui remontait peut-être à la naissance, et pour le moins à 6 ans de date, nous ont porté à croire qu'il s'agissait là d'un kyste synovial.

La ponction de la tumeur permit de constater que le contenu de la poche était demi-solide, ressemblant à du mastic de vitres, et l'examen microscopique démontra qu'il s'agissait d'une matière absolument identique à celle qu'on trouve dans les loupes de la tête. Malgré l'absence de poils, nous pensons qu'il s'agissait là d'un kyste dermoïde, comme ceux qu'on trouve si souvent à la queue du sourcil, et qui, vu leur indépendance du côté de la peau (ici il s'agissait d'une tumeur sous-aponévrotique), ne peuvent être attribués qu'à une formation embryonnaire, ou pour le moins hétérotopique. On conçoit combien, au point de vue du diagnostic, avec les kystes synoviaux, il était bon de signaler la possibilité de pareils tumeurs dans la région de la patte d'oie.

A propos des kystes synoviaux de cette bourse, je signalerai (pour l'avoir vu une fois) la possibilité du développement d'une hydarthrose concomitante à l'occasion d'une injection indiquée que j'y avais pratiquée dans un but thérapeutique.

M. VERNEUIL. M. Panas regarde la tumeur qu'il a ponctionnée comme un kyste dermoïde. Je ne sais si le contenu du kyste autorise à lui donner ce nom. En effet, on n'y a pas trouvé de poils, et leur présence est la caractéristique des tumeurs de cette nature.

M. PANAS. Je n'ai fait qu'une simple ponction; par conséquent il m'est impossible de pouvoir affirmer s'il y avait ou non des poils. La tumeur ne me paraît pas pouvoir être regardée comme mélturique, car elle était placée, non sous la peau, mais sous les tendons; elle ne pouvait être développée dans une glande sébacée.

M. DESPRÉS fait remarquer qu'il existe des kystes accidentels qui, sans être des kystes dermoïdes, en ont du moins les apparences extérieures, sauf cependant qu'ils ne contiennent pas de poils.

M. TRÉLAT. Ce fait de M. Panas ne peut pas entraîner la conviction au point de vue de l'existence de kystes dermoïdes sans rapport direct avec la peau. Du reste, la présence de poils et de cellules épithéliales ne suffit pas pour les constituer; il faut encore que la paroi soit formée par un tissu ayant de l'analogie avec le derme, et l'on voit parfois des tumeurs indépendantes de la peau dont la paroi propre présente des papilles analogues à celles du tégument externe.

M. SÉE. Le contenu d'une tumeur ne peut servir à la caractériser. Assez souvent ce contenu varie suivant l'époque où se fait l'examen. L'inflammation peut augmenter la sécrétion épithéliale, amener la présence de liquide séreux, sous-purulent et même du pus. C'est l'enveloppe, c'est la nature du-tissu dont elle est constituée

qui indique sa nature et marque sa place dans les classifications nosologiques. Je crois que, dans ce cas, il s'agit d'un kyste synovial dont le contenu a été modifié par une hypersécrétion de l'épithélium due sans doute à l'inflammation ou à des irritations répétées.

M. PANAS doute que l'inflammation puisse modifier un kyste synovial autrement que par la production de suppuration ; il ne croit pas que cette cause puisse expliquer sa réplétion par de l'épithélium et de la graisse.

M. DESPRÉS partage au contraire l'opinion de M. Sée, en se basant sur ce fait que les kystes synoviaux ont à l'intérieur un revêtement épithélial ; par conséquent il ne saurait répugner d'admettre qu'il a pu y avoir hypersécrétion de cellules épithéliales.

M. CHASSAIGNAC. M. Panas a craint que l'inflammation de la synoviale articulaire, à la suite de l'injection faite dans le kyste, ne fit courir à sa malade des dangers sérieux, et il a un instant attribué cette propagation de l'inflammation à une communication anormale entre le kyste et l'intérieur de l'articulation. Cette crainte est exagérée, et il est bon que les chirurgiens soient prévenus que cette inflammation n'est, dans ces circonstances, qu'un fait assez ordinaire et sans gravité. M. Chassaignac a observé souvent, dans ces cas, l'inflammation de l'articulation, inflammation légère se traduisant par une hydarthrose, inflammation due, non à la communication des deux séreuses, mais seulement à leur proximité.

Mais il y a un point de pratique qu'il est bon de mettre en lumière.

M. Panas a dû faire trois ponctions ; il paraît difficile que la répétition de cette manœuvre ne l'expose pas à une suppuration du kyste. Or cette suppuration est une chose sérieuse et qui peut être grave en amenant un phlegmon diffus. Il faut, dans ces cas, ouvrir franchement le kyste et le traverser par un tube à drainage.

M. FORGET partage les opinions de MM. Sée et Chassaignac. Il a rencontré un cas semblable à celui de M. Panas et plusieurs cas analogues. Dans ces circonstances, il ne faut pas se contenter de la ponction, surtout si on croit devoir la répéter ; et s'il survient de l'inflammation, il faut débrider largement, faire de l'air et du jour, donner issue à tout le contenu et pratiquer des injections détersives.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 12 MAI 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : *Le Journal de médecine et de chirurgie pratique*. — *La Revue d'hydrologie médicale*. — *Le Montpellier médical*.

Une lettre imprimée, adressée à M. Boinet, par M. le docteur Peruzzi, de Lugo, intitulée : *Aperçu historique sur l'origine et les progrès de l'ovariotomie en Italie*.

M. GIRALDÈS offre à la Société le 5^e fascicule de ses *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants*. — Remerciments.

M. LABREY offre ses *Recherches et observations sur la hernie lombaire*, communiquées à l'Académie de médecine. — Remerciments.

M. DUPLAY présente le 2^e fascicule du tome III du *Traité élémentaire de pathologie externe*, par Follin et S. Duplay. — Remerciments.

M. VERNEUIL présente deux thèses inaugurales :

1^o *Essai sur les complications et le traitement des fistules génito-urinaires chez la femme*, par S. Ferrand ;

2^o *Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques et de l'adénite suppurée rétro-pharyngienne chez les enfants*, par L. A. Roustan.

Discussion sur les fractures compliquées de la jambe au tiers inférieur.

M. LÉON LE FORT. Il y a un mois, M. Labbé nous a communiqué l'observation d'un malade, lequel, atteint de tétanos à la suite d'une fracture compliquée du tiers inférieur de la jambe, avait succombé assez brusquement, quelques heures après avoir été soumis à la chloroformation. Il avait du reste éprouvé, pendant le sommeil anesthésique, des accidents qui avaient présenté un caractère de gravité considérable.

La question était complexe. Ce qui avait trait à la chloroformation et au tétanos fut immédiatement discuté ; vous avez cru devoir

reporter à cette séance la discussion que pouvait susciter la question de savoir quelle était la thérapeutique à suivre dans les cas de fracture compliquée au tiers inférieur de la jambe. C'est cette question que je veux examiner.

Je laisserai de côté ce qui a trait aux plaies par armes à feu.

Différant par leur causes, ces fractures diffèrent aussi par la disposition, le nombre, la mobilité des fragments ; mais elles diffèrent surtout en ce point que la plaie est faite par un corps étranger venu de l'extérieur et non par le tibia s'ouvrant un passage au travers de la peau, de sa partie profonde vers sa partie superficielle.

Il en est de même lorsque la fracture et la plaie sont dues à la chute d'une pierre, d'une poutre, d'un corps dur et pesant. On verra tout à l'heure pourquoi je crois devoir faire cette distinction. Pour le moment, je me borne à dire que, dans ces circonstances, sauf des particularités variables à l'infini et qu'on ne peut spécifier d'avance, la conservation me paraît être la règle de conduite à suivre, non-seulement au point de vue de la conservation du membre, mais encore et surtout au point de vue de la conservation de la vie.

Les seules fractures dont je veuille m'occuper sont celles qui, à l'exemple de la fracture observée par M. Labbé, se sont compliquées de plaie par suite du passage du tibia au travers de la peau. Dans cette forme de fracture, deux circonstances principales peuvent se présenter : la plaie est petite, très-petite, causée par une sorte de piqure faite par la pointe d'un fragment, et l'on peut espérer la voir se cicatriser ; ou bien, la plaie est assez large, plus ou moins déchirée, contuse, et la réunion ne saurait être espérée.

Dans le premier cas, l'application d'une plaque de baudruche, comme le faisait M. Laugier, mais en employant, comme le pratique avec raison M. Verneuil, le collodion au lieu d'une solution de gomme, est le traitement qui paraît devoir être employé. Sous cette sorte de peau artificielle, les téguments divisés se réunissent assez souvent ; le travail d'organisation se fait dans la profondeur de la blessure. Pendant le temps qu'il met à s'opérer, la fracture est soustraite au contact de l'air, et si la réunion des parties superficielles n'a pas lieu, presque toujours elle s'effectue dans les parties les plus profondes, et la fracture compliquée se trouve bientôt transformée en une fracture simple. J'ai employé, depuis quelques années et plusieurs fois, cette méthode, et je n'en ai jamais retiré que des avantages.

La seconde classe de fractures est beaucoup plus importante, et surtout beaucoup plus grave. Elle a lieu presque toujours dans des

chutes plus ou moins violentes. Par le mécanisme même de la fracture, le fragment supérieur du tibia fracturé, fragment comprenant toute ou presque toute la diaphyse tibiale, tend à pénétrer dans l'épiphyse, à la faire éclater et à produire une fracture multiple qui, quelquefois, par plusieurs fissures, pénètre jusque dans l'articulation tibio-tarsienne. Les fractures en V, ces fractures spiroïdes si bien décrites par M. Gosselin, ont, lorsqu'elles se compliquent de plaie produite par l'os lui-même, une gravité extrême. Or, dans ces circonstances de production, les probabilités sont pour l'existence d'une pénétration articulaire. Que faut-il faire ? Faut-il tenter la conservation sans intervention opératoire ? Faut-il faire la résection du fragment sorti ? Faut-il amputer de suite ? Tel est le grave problème qui se pose au chirurgien. C'est au chirurgien d'apprécier, avec sa sagacité aidée de l'expérience, ce qui convient le mieux dans le cas qui s'offre à lui ; mais je crois que si, dans les autres fractures, la règle générale doit être la conservation, dans ces sortes de fractures la règle générale doit être l'amputation : et ce seront les circonstances particulières qui décideront à tenter exceptionnellement la conservation.

Après avoir montré deux pièces anatomiques, toutes deux présentant un exemple de fracture spiroïde avec pénétration et plaie faite par issue de l'os, pièces recueillies, l'une sur un malade mort d'infection purulente après qu'il eut tenté la conservation, l'autre sur un blessé qu'il a amputé et qui est aujourd'hui guéri, M. Le Fort ajoute : Chez le premier malade, je me suis laissé aller à espérer que la fracture ne s'accompagnait pas de l'éclatement de l'épiphyse articulaire ; ne pouvant constater l'existence de la longue pointe osseuse détachée à la face postérieure du tibia, j'ai cru à une fracture transversale. L'autopsie m'a montré que j'avais bien affaire à une fracture spiroïde.

Dans un troisième cas, observé également cette année à l'hôpital Cochin, je tentai la conservation, parce que la fracture était directe, la cassure irrégulièrement transversale. Cette fois, le pus qui se forma autour des fragments décolla le périoste et pénétra ultérieurement dans l'articulation. Je perdis également ce malade. J'ai regretté de n'avoir pas amputé de suite. En résumé, lorsque, par une cause directe, il s'est produit une fracture au tiers inférieur de la jambe, que, par suite de la flexion de l'os fracturé, le tibia a fait ou fait issue au travers des téguments, on peut tenter la conservation ; mais, très-souvent alors, il vaut mieux réséquer le fragment ayant fait saillie s'il fait obstacle à la sortie du pus et à la résection: . . .

Lorsqu'au contraire la fracture a lieu par cause *indirecte*, lorsque le mécanisme, l'aspect de la fracture, laissent soupçonner qu'elle est *spiroïde*, lorsqu'elle a les caractères de pénétration comme dans la fracture du radius et certaines fractures du col du fémur, et qu'il y a lieu de penser à la possibilité de l'éclatement de l'épiphyse, l'amputation est la règle générale de laquelle on s'écartera seulement dans les cas exceptionnels. L'amputation me paraît moins dangereuse peut-être que la conservation, et quoique je sois partisan énergiquement déclaré de la chirurgie conservatrice, je n'oublie pas que rien ne peut remplacer le bras amputé, tandis que la prothèse permet de donner à l'amputé de la jambe une base solide de sustentation.

M. PANAS. Si d'une manière générale je partage les opinions émises par M. Le Fort, j'en diffère cependant sur la question de l'amputation, considérée comme règle générale, dans les cas de fracture compliquée de la partie inférieure de la jambe. J'ai eu cinq fois à traiter de pareilles fractures : siégeant à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation, et s'accompagnant de plaies communiquant avec le foyer de la fracture, sur ces cinq cas, trois fois j'ai tenté la conservation, après avoir fait toutefois la résection du fragment supérieur, trois fois j'ai mis à nu le foyer, trois fois j'ai enlevé des esquilles, trois fois j'ai enlevé de quatre à cinq travers de doigt du tibia, parce qu'il existait des fêlures osseuses partant de la fracture et remontant à une certaine hauteur.

Comme moyen de contention, j'ai employé les gouttières, de manière à assurer une immobilité complète, et j'ai eu recours comme pansement, soit à l'alcool pur, soit à l'eau chlorurée. J'ai obtenu un succès à l'Hôtel-Dieu ; j'ai eu deux insuccès : l'un à Saint-Antoine, l'autre à Saint-Louis. Ces deux derniers malades ont succombé, et il est bon de remarquer que ces trois observations proviennent de trois hôpitaux différents.

Deux fois j'ai cru devoir recourir à l'amputation primitive. Mes deux malades sont morts : l'un d'infection purulente, l'autre avec des accidents dus à l'alcoolisme. Il en était de même pour un de mes blessés, chez lequel j'ai tenté la conservation, et peut-être faudrait-il le classer à part, aussi bien que mon dernier amputé, car on sait que les blessés présentant des accidents d'alcoolisme sont presque fatalement voués à la mort, lorsqu'il s'agit d'accidents aussi graves que des fractures compliquées.

Dans ces cinq cas, ou plutôt dans quatre de ces cas, puisque l'un des malades est guéri, j'ai pu constater à l'autopsie qu'il y avait une

féture pénétrant dans l'articulation, féture qui avait séparé un ou plusieurs fragments de la surface articulaire tibiale, féture qui ne pouvait qu'être soupçonnée pendant la vie, et qui, suivant les idées défendues par M. Le Fort, eussent indiqué formellement l'amputation. Il faut bien savoir toutefois que la difficulté de les constater est extrême ; que cette constatation même est le plus souvent impossible, car on trouve assez souvent, comme sur la pièce anatomique que vient de nous montrer notre collègue, une cassure irrégulièrement transversale sur la face antérieure du tibia, et une pointe osseuse assez longue, remontant plus ou moins haut sur la face postérieure de cet os.

M. DEMARQUAY. J'aurais voulu trouver une indication précise dans la communication que nous a faite M. Le Fort. La question grave, celle qui importe avant tout au chirurgien, est la question de pratique, et quelles que soient les théories, on en arrive toujours à se demander : Que faut-il faire ? L'éclatement de la partie inférieure du tibia, éclatement qui transformerait la lésion en une fracture communiquant avec l'articulation, d'une part, et d'autre part avec l'air extérieur, peut, je le reconnais, engager à revenir à l'amputation immédiate ; mais comment reconnaître que cette pénétration existe ? Je suis de l'avis que M. Le Fort a raison de conseiller l'amputation, mais il ne nous donne aucun signe qui puisse nous mettre sur la voie, et nous faire reconnaître que nous avons affaire à une fracture spiroïde.

M. LE FORT. Je n'ai pas voulu donner de signes qui n'existent pas dans l'état actuel des choses, j'ai seulement voulu attirer l'attention sur le point suivant : Lorsqu'une fracture de la jambe siégeant à proximité de l'articulation tibio-tarsienne, a été produite par une cause indirecte, par une pression agissant suivant l'axe longitudinal du membre, et que cette fracture se complique d'une plaie causée par l'issue au dehors d'un des os fracturés, les probabilités sont pour l'existence d'une fracture par pénétration, d'une fracture avec éclatement de la surface articulaire, et dans le doute, au lieu de tenter la conservation, il faut, au contraire, amputer.

M. TRÉLAT. Si le diagnostic anatomique devait entraîner avec soi un traitement rigoureusement déduit, M. Le Fort aurait raison ; mais on ne peut pas dire que telle nature de lésion doit entraîner telle nature d'accidents. Une lésion donnée peut, chez un malade, amener des accidents formidables et même la mort, tandis que chez un autre elle n'aura pas de conséquences fâcheuses. Ce qui doit décider le chirurgien à pratiquer une amputation, c'est le pronostic qu'il

porte sur l'issue de la lésion traitée par la conservation du membre; il préfère l'amputation s'il croit que la vie est mise en péril plus grave, beaucoup plus grave par la conservation; il conserve, s'il pose un pronostic différent. Il s'agit donc ici d'une question de pronostic, qu'il est toujours fort difficile de résoudre.

M. Demarquay a dit : Si je savais qu'il y a pénétration de la fracture jusqu'à la surface articulaire, je pratiquerais l'amputation; j'espère prouver que même cette circonstance ne suffit pas pour entraîner l'emploi de ce moyen radical de traitement.

J'ai observé cinq cas de fracture compliquée de la jambe à la partie inférieure, cinq fois j'ai tenté la conservation. Voici quels ont été les résultats :

Je fus appelé au village Le Vallois pour voir un cocher qui, dans une rixe, avait été atteint d'une de ces fractures. Il avait été transporté à l'hôpital Beaujon, dans le service de Jarjavay, et notre collègue voulut pratiquer l'amputation. Le blessé s'y refusa et quitta l'hôpital. Lorsque je le vis, il existait une vaste plaie au côté externe de l'articulation; au dedans, une autre plaie laissait à découvert plusieurs fragments, dont l'un comprimait la malléole interne. Un vaste phlegmon remontait jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Je reséquai la malléole, j'ouvris les foyers purulents, j'eus recours au drainage; le malade guérit.

L'année dernière, je fus appelé par un avocat, âgé de 34 ans, lequel pris entre deux voitures et voulant les éviter, se retourna vivement, et ce moment de rotation brusque, exécuté probablement au moment où le pied était fixé, déterminait une fracture de la jambe, qui fut considérée par tous les médecins et chirurgiens qui l'examinèrent comme une fracture spiroïde. Le fragment supérieur du tibia, très-aigu, avait perforé la peau; le pied tombait du côté externe. Je tentai cependant la conservation. J'employai un appareil à extension, qui me permit de réduire une pointe d'os saillante, et j'obtins une guérison complète.

J'observai mon troisième malade à l'hôpital Saint-Louis. La fracture se compliquait d'ouverture et de suppuration de l'articulation tibio-tarsienne. Je nettoyai le foyer, je fis des injections, et après quatre ou cinq mois, j'obtins la guérison.

J'ai en ce moment à la Pitié un homme de 46 ans, atteint d'une fracture compliquée de la jambe à son extrémité inférieure. C'est le fragment inférieur du péroné qui faisait issue au travers de la peau, je l'ai reséqué, et aujourd'hui le malade est presque guéri.

Enfin, chez mon cinquième malade, la fracture, de cause directe,

existait à cinq ou six travers de doigt au-dessus de l'articulation. Je fis la résection des deux extrémités fracturées. Après onze mois de séjour à l'hôpital, le malade sortit guéri.

Comme on le voit, même en éliminant ce dernier cas, j'obtins par la conservation quatre succès; on ne peut donc pas poser l'amputation comme une règle générale.

Tumeur congénitale (embryoplastique) adhérente à la partie supérieure du coccyx. Opération 48 heures après la naissance. Guérison. — M. Depaul. — *Antécédents.* — La mère de l'enfant qui va faire le sujet de cette observation, est une femme de 35 ans, jouissant d'une bonne santé. Elle accoucha pour la première fois il y a dix-sept ans, et a eu successivement sept enfants, tous très-gros à leur naissance, et dont trois seulement sont en vie; deux sont morts assez avancés en âge; le sixième est mort à quatre ans, sans avoir jamais pu marcher, et il a fallu employer le forceps pour l'accoucher de son septième enfant, qui était, lui aussi, énorme et qui a été mort-né.

Accouchement. — Cette femme est redevenue enceinte pour la huitième fois, il y a neuf mois environ. Le lundi 19 avril, à sept heures du matin, ressentant quelques douleurs lombaires, elle fit appeler une sage-femme, qui constata tout d'abord une infiltration assez marquée au bas des jambes, aux grandes lèvres et au bas du ventre. Cette femme ne se plaignait pas trop et n'avait aucun commencement de travail. Cependant les contractions se firent bientôt sentir; le col se dilata rapidement, et à dix heures du matin on constata une dilatation complète. La sage-femme toucha à ce moment et ne sentit aucune partie. Embarrassée, et craignant de donner lieu à quelque accident, la sage-femme ne rompit pas la poche des eaux, mais cette rupture se fit spontanément à trois heures et demie du soir (la quantité de liquide amniotique écoulée a été évaluée à cinq litres environ); c'est beaucoup peut-être, mais cela prouve au moins qu'il y avait beaucoup de liquide. On procéda à un autre examen par le toucher, mais sans aucun succès; on ne pouvait atteindre la partie placée au-dessus du détroit supérieur.

Par le palper, on sentait deux tumeurs : l'une dans la fosse iliaque droite, et l'autre un peu au-dessous de l'ombilic; cette sensation était cependant un peu confuse, à cause de l'épaisseur de la paroi abdominale.

A l'auscultation, on entendait les battements du cœur, très-distincts et très-réguliers dans la région droite inférieure de l'abdomen.

A quatre heures, comme rien ne s'engageait, la sage-femme introduisit la main dans l'utérus, et trouva une tumeur un peu flasque, charnue, qu'elle reconnut tout de suite pour ne pas être la tête. Elle contourna la tumeur, sentit un pédicule implanté entre les deux fesses, et avançant un peu plus, sa main passa entre les deux cuisses de l'enfant. Dirigeant ensuite la main du côté droit de la femme, elle sentit le sternum et les côtes, bientôt ensuite la tête de l'enfant dans la fosse iliaque droite. Elle put se rendre compte ainsi de la présentation et de la position; c'était une présentation de l'épaule droite en position céphalo-latérale droite, dos en arrière.

La sage-femme se décida alors à faire la version; elle alla trouver un pied au fond de l'utérus et fit quelques tractions légères. Voyant qu'il y avait un peu de résistance, elle prit l'autre pied, qu'elle amena sans trop de difficultés à la vulve, où on le retint par un lacet. L'autre jambe fut prise ensuite, et entraîna avec elle la tumeur que l'on avait déjà sentie. Quelques tractions, les douleurs aidant, ont fait sortir le tronc et la tête à quatre heures et demie du soir.

L'enfant, du sexe féminin, était très-infiltrée, avait rendu du méconium, n'avait pas crié tout de suite, mais elle a été vite ranimée.

La délivrance fut naturelle; on trouva un placenta très-volumineux, mais n'offrant rien de particulier.

Mercredi 21 avril, on apporta cette enfant à la clinique. Je pus alors constater l'existence d'une grosse tumeur implantée à la pointe du coccyx par un pédicule gros comme l'extrémité du pouce et long de 1 centimètre et demi. Cette tumeur était enflammée; des phlyctènes en grand nombre la couvraient, et l'enfant criait dès qu'on la touchait.

Je fis placer l'enfant sur le dos, les jambes en l'air, lier le pédicule. Après cette ligature très-solide, le pédicule fut coupé entre la ligature et la tumeur; mais dès que la tumeur eut été enlevée, la ligature tomba et un jet de sang assez fort jaillit; je liai immédiatement cette artère, dont le calibre peut être évalué à celui d'une très-petite ficelle. Après la constatation d'un autre jet de sang, je dus lier une autre petite artériole. Du sang coulait encore en petite quantité; je pris la peau en haut et en bas, je rapprochai les deux bords de la plaie, je piquai une épingle dans l'axe du sillon des fesses et je fis une suture entortillée, sur laquelle j'appliquai un peu de perchlorure de fer. On peut évaluer la quantité de sang que cette enfant a perdue à une cuillerée à peu près. Depuis ce moment, l'hémorrhagie cessa, et après une heure de surveillance on pansa l'enfant, qui fut emportée chez elle.

Le 22, on a rapporté l'enfant. Sa plaie va très-bien n'y a eu aucune hémorrhagie.

Le 24, on apporte de nouveau la petite malade. La suture ayant de la tendance à tomber, je coupai l'épingle pour faciliter son extraction, et la suture tomba. De nombreux bourgeons charnus apparaissent sur les bords de la plaie. L'état général de l'enfant est excellent, elle tette et digère très-bien.

Le 27 avril, la plaie est presque guérie.

Examen de la tumeur. — Cette tumeur ovalaire, grossièrement conique, se terminant en pointe du côté du pédicule, ressemblant assez à une grosse pomme de terre, est aplatie d'avant en arrière, mais a des bords larges. Suivant son diamètre antéro-postérieur dans le sens du pédicule à la base, elle mesure 30 centimètres de tour; suivant son diamètre transverse, 29 centimètres de tour. Suivant un de ses diamètres obliques, elle a 29 centimètres; suivant l'autre, 30 centimètres de tour. Elle pèse 470 grammes. Sur une des faces et le bord opposé au pédicule, on remarque des cheveux assez longs et assez nombreux, au milieu desquels on observe une dépression, que l'on peut estimer à un demi centimètre de profondeur, et une saillie assez notable, qui ressemble à un rudiment d'oreille. Sur un des bords latéraux, on trouve une petite ouverture dont les bords sont rouges et froncés, dans lesquels un stylet pénètre sur une longueur de 5 à 6 centimètres, et qui paraît être un anus. Sur une autre face on observe un cordon à l'état rudimentaire.

On incise la peau de cette tumeur sur un des bords, cette peau est fixe et transparente; au-dessous de la peau se trouve du tissu adipeux, amassé en gros peloton, renfermant dans ses mailles une quantité assez grande de sérosité, de 80 à 100 grammes. On dissèque la peau tout autour, et on voit le tissu adipeux, plus dur en certains endroits que dans d'autres : ici d'un blanc mat et très-infiltré, là un peu rosé et non infiltré. Cette graisse forme une couche extérieure de 4 à 5 centimètres. L'incision pénétrant plus avant dans la tumeur, on rencontre le conduit qui fait suite à ce qui extérieurement paraît être l'anus, conduit aplati et qui aboutit au centre de la tumeur. Ce conduit ressemble à un intestin; après l'avoir incisé dans le sens longitudinal, on voit des fibres longitudinales lisses, et on remarque qu'il est, à 3 ou 4 centimètres, assez notablement rétréci; il y a là comme une espèce de bourrelet; la sonde cannelée pénètre dans ce petit orifice sur une longueur de 2 centimètres. Un muscle assez volumineux part du pédicule et va se

terminer au centre de la tumeur ; tout à côté de lui et se dirigeant dans le même sens, on aperçoit un vaisseau. Le centre de la tumeur est formé par des parties ossiformes, cartilagineuses, assez confuses, au milieu desquelles on sent très-bien quatre petits os ; deux paraissent être des os longs et sont munis d'une tête encroûtée de cartilage, les autres paraissent être des os plats.

Examen microscopique. — La tumeur, portée chez M. Maron, interne des hôpitaux, a été examinée par lui au microscope, et il a eu l'obligeance de remettre la note suivante :

Le tissu adipeux est identique à la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée.

Dans les portions musculaires, on trouve des fibres de deux à trois centièmes de millimètres ; quelques-unes sont manifestement striées, mais la plupart paraissent altérées, et présentent un état granuleux sans striations.

Les éléments cartilagineux, capsules de cartilages, protoplasma et noyaux, sont très-nets. Les cellules, rapprochées les unes des autres dans la partie centrale, sont à peine séparées par une substance fondamentale hyaline ; à la périphérie elles sont plus écartées, et la substance intermédiaire offre une striation fibroïde.

Les portions ossiformes ne présentent au microscope ni ostéoplastes, ni canalicules s'anastomosant les uns avec les autres. En réalité, elles sont constituées par des lamelles d'un tissu ancien infiltré de sels calcaires ; au milieu de ces lamelles on voit de nombreux orifices analogues aux canaux de Havers.

Cette observation a été rédigée par M. Martel, externe attaché à mon service, qui a suivi la petite malade avec le plus grand intérêt.

Affection singulière du maxillaire supérieur caractérisée surtout par la disparition du bord alvéolaire. — M. Dolbeau. — Le nommé G... (Jules), âgé de 50 ans, égouttier, entre à l'hôpital le 12 mars 1869, pour une kérato-conjonctive ulcéreuse rebelle, à gauche.

Il est atteint d'une altération singulière du maxillaire supérieur, qu'il n'a jamais soignée et sur laquelle il attire à peine l'attention.

Il raconte qu'il est né de parents bien portants : son père travaillait dans une officine de pharmacien, et serait mort d'une dysenterie ; il était très-sobre. Sa mère, dont la santé était bonne également, est morte asphyxiée par le charbon.

A partir de 13 ans, il fit le métier d'imprimeur en taille-douce

pendant 3 ans; puis il travailla au chemin de fer comme homme de peine.

Vers l'âge de 22 ans, il eut sur la verge de petites ulcérations dont il précise mal le nombre, la forme, la marche et la durée. Le malade affirme n'avoir jamais eu sur la peau d'éruption, de croûtes ou d'ulcérations; il ne prit aucun traitement anti-syphilitique, et continua son travail sans interruption.

Il était d'un tempérament très-ardent, et avant son mariage, aussi bien que depuis, il a satisfait sans relâche et sans fatigue à ses appétits génésiques. Il a eu 14 enfants.

A l'âge de 23 ans, il prit une place de balayeur public qu'il garda 10 ans; sa santé était excellente. A 33 ans, il entra comme égouttier dans les aqueducs de Paris. Malgré le froid, l'humidité, le travail pénible jour et nuit dans les égouts, il ne contracta jamais de maladie sérieuse. Quelques douleurs rhumatismales qui lui reviennent encore de temps en temps, quelques légères ophthalmies à répétition, sont les seuls accidents qu'il ait éprouvés.

Il n'a jamais eu mal aux dents. Ses dents étaient bien constituées et fort solides. Le malade se rappelle avoir cassé un jour 150 noyaux d'abricot.

Il y a sept ans, ses dents commencèrent à s'ébranler à la mâchoire supérieure. Il n'avait en ce moment ni puanteur d'haleine, ni puanteur du nez; il a remarqué que la sécrétion du nez a toujours été sèche chez lui. C'est une molaire du côté droit qui s'ébranla la première. Le malade se l'arracha lui-même avec les doigts, et cette extraction s'opéra sans douleur, sans suppuration, et presque sans écoulement de sang. Le malade ne donne que des renseignements incomplets sur la marche qu'aurait suivie cette dégradation, et ne peut préciser par quelle dent la maladie débuta. Les dents qu'il cueillait ainsi n'étaient pas altérées en apparence; elles étaient blanches et sans aucun point de carie. Les dernières paraissaient être tombées il y a trois ans; cependant le malade est loin d'être précis pour affirmer cette date.

A une époque qu'il ne détermine pas, il aurait enlevé du côté gauche, avec la pointe de son couteau, un petit fragment d'os qui branlait. Ce petit fragment était gros comme une dent ordinaire, « mâchuré, » arrondi. Le malade l'a jeté aussitôt. Un léger écoulement sanguin s'ensuivit.

Il y a deux ans, panaris gangréneux du pouce droit, causé par une arête de poisson, traité par M. Richard à l'hôpital Beaujeon.

Il y a trois mois, il attrapa un coup d'air; et croyant que c'était en

accident analogue aux coups d'air qu'il avait souvent eus déjà, il n'y fit pas grande attention, mais le soigna cependant avec l'eau de Mélilot.

État actuel. C'est un homme de taille moyenne, solidement bâti; les diverses parties de son squelette semblent assez volumineuses. Il est bien musclé, bien portant et très-fort pour son âge.

La face paraît bien conformée.

Les yeux sont extrêmement saillants. Kérato-conjonctivite et ulcération de la cornée à gauche. L'examen ophtalmoscopique montre une atrophie choroïdienne double avec disparition du pigment par places. Cependant la vision n'est pas troublée.

Les pommettes ont une saillie normale, peut-être un peu plus accusée.

La lèvre supérieure est affaissée, et reportée en arrière sur sa partie médiane.

Le son de la voix n'est pas naturel, et se rapproche du nasonnement, circonstance qui tient évidemment à une altération de l'os maxillaire, car le voile du palais fonctionne bien.

En ouvrant la bouche, ce qui frappe d'abord, c'est que le bord alvéolaire supérieur manque dans toute son étendue, si bien que la surface totale de la voûte palatine affecte la forme d'un triangle, dont la base postérieure correspond à l'insertion du voile du palais, et dont le sommet est situé sur la ligne médiane à 3 centimètres en arrière des alvéoles incisives.

En examinant plus profondément, on est frappé de l'existence de deux cavités symétriques, de forme triangulaire, tapissées par une membrane muqueuse de couleur différente de celle de la membrane muqueuse de la bouche; elle est plus rouge. Ces deux cavités sont évidemment les deux sinus maxillaires; et en effet, leur situation, leur forme triangulaire, rappellent celle de ces organes. De plus, ces cavités communiquent manifestement avec les fosses nasales, ainsi que cela est démontré par le passage des liquides, et bien que le cathétérisme ne puisse préciser le siège de cette communication.

Si l'on introduit le doigt dans ces cavités, on arrive à toucher le plancher de l'orbite; les deux doigts étant introduits dans ces cavités, si l'on essaye d'imprimer divers mouvements à la voûte palatine qui les sépare, on constate que l'os est normalement uni au reste de la face. A gauche, le doigt s'enfonce plus profondément, en sorte qu'il est impossible également d'abaisser en bas le triangle osseux.

On peut donc admettre que le reste du maxillaire supérieur est intact sur tous les points qui se rattachent à la face.

Le voile du palais est normal et peu vascularisé; la luette est longue et touche la base de la langue.

La mâchoire inférieure a perdu du côté gauche ses trois dernières molaires; les deux dernières sont tombées après s'être ébranlées sans douleur, et le malade les a cueillies. L'antérieure, qui est la deuxième molaire, est cariée, et l'on voit encore le chicot. Du côté droit, la dernière molaire est actuellement ébranlée; le malade n'en souffre pas. Les autres sont saines, ainsi que les canines et les incisives, qui tiennent bon.

Rien de particulier au pharynx.

La mastication est gênée et ralentie.

Pas de signes de lésion au cœur ni au poumon.

L'urine, analysée, ne contient ni sucre ni albumine.

11 mai. — La kérato-conjonctive, traitée par le collyre au sulfate de zinc et au laudanum, a disparu; le malade conserve toujours un peu de photophobie et de larmoiement. Il reste sur la cornée de l'œil gauche une tache assez transparente, du volume d'un grain de millet, et située en dedans et au-dessous de l'axe de l'œil.

L'altération osseuse du maxillaire supérieur est restée la même.

Luxation sous-astragalienne antérieure externe. — Ablation de l'astragale. — Infection purulente. — Mort. — Observation recueillie par M. G. BOYRON, externe du service. — **M. DEMARQUAY.** — M. Frédéric R..., marchand de vin, âgé de 56 ans, entre le 5 avril 1869 à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay. Il se promenait avec sa femme au bois de Boulogne, dans une voiture qu'il conduisait lui-même, lorsque tout d'un coup, son cheval, effrayé par le nombre et la variété des voitures, s'emporte, renverse la voiture, et femme et mari s'en vont rouler sur la voie publique. Dans cette chute, la femme en a été quitte pour la frayeur et une légère contusion à l'œil droit; M. R... n'a pu se relever; il s'était cassé la jambe.

Un médecin, témoin de l'accident, l'envoie immédiatement à la Maison de santé, après lui avoir pansé provisoirement la jambe.

Aussitôt après son arrivée, nous constatons une plaie ovale de la largeur d'une pièce de deux francs, située sur la partie antérieure de la malléole externe gauche. De cette plaie proémine une saillie osseuse, rugueuse à son sommet et lisse sur ses bords. On reconnaît facilement la tête de l'astragale. La rugosité que l'on sent à l'extré-

mité de la tête a été produite par le frottement de cette partie sur le sol. Le pied est fortement déjeté en dedans, la plante regarde en bas et en dedans.

La tête de l'astragale est donc sortie de l'articulation en déchirant les téguments. Elle fait saillie en haut et en dehors du scaphoïde; le corps de l'os tout entier semble avoir perdu ses rapports avec les surfaces articulaires qui l'entourent; car sa face inférieure est presque devenue externe, l'externe supérieure, etc., et l'os tout entier a accompli un quart de rotation sur lui-même. Nous pouvons donc, avec les auteurs, diagnostiquer une luxation sous-astagalienne antérieure externe.

Pour attendre la visite du lendemain, le pied est mis dans une gouttière. Le malade passe une assez bonne nuit. Le lendemain, à la visite, M. Demarquay pense qu'il est opportun de lui enlever l'astragale, qui, n'ayant plus de rapports exacts avec les surfaces articulaires, jouerait dans l'articulation le rôle d'un corps étranger. On endort M. R... au moyen du chloroforme. M. Demarquay agrandit la plaie avec le bistouri, saisit avec un davier l'astragale, coupe les quelques attaches ligamentaires qui retiennent encore cet os, et l'enlève facilement. L'opération faite sans hémorrhagie, la plaie est pansée avec de la charpie sèche, et la jambe du malade est mise dans un appareil de Scultet. On prescrit au malade, qui par profession buvait beaucoup, une potion avec 40 gouttes de laudanum. Avant l'opération, le malade éprouvait de temps en temps des crampes dans la jambe blessée; crampes qui le faisaient beaucoup souffrir.

L'opération une fois faite, il ne s'en plaint plus, mais ressentit pendant toute la journée des douleurs atroces.

A la visite du soir, la peau est chaude, le pouls fort, 92 puls. Temp. atm. 39°, pas d'appétit, il vomit la potion.

7 avril, matin. A dormi à peu près deux heures, frisson très-intense, suivi de sueurs abondantes; puis tout s'est calmé; la douleur de la jambe à un peu diminué. Temp. 39° 2/5.

Soir. Il a vomi tout ce qu'il a pris pendant la journée. Il est assoupi, les traits sont profondément altérés. Constipation, lavement glyceriné. Pas d'appétit, soif vive. Pouls 98, temp. 39°.

8 matin. Les vomissements continuent. Pouls 104, temp. 39°.

Soir. Même état. Pouls 108, temp. 39° 2/5. †

9 matin. La plaie est pleine d'un pus noirâtre fétide, on met dessus un large cataplasme. Le même état général persiste. Temp. 39°.

Soir. Il n'y a plus de vomissements, la fièvre continue et la température reste à 39°.

10 matin. Fièvre très-intense, 116 puls. ; les traits s'étirent, le malade est fortement agité. De temps en temps il est pris de frissons excessivement violents, ses dents claquent, et l'agitation est si vive qu'il fait trembler son lit. Temp. 39°.

Le même état continue, le malade s'assoupit, devient indifférent à tout ce qui l'entoure, et meurt dans la nuit des suites d'une infection purulente.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 19 MAI 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : *Le Bulletin de thérapeutique* ; — *La Gazette médicale de Strasbourg*.

— *Ovariectomie. Guérison* ; par le professeur Sédillot, de Strasbourg.

— *Observation de guérison à l'hôpital*.

— *Rapport à S. Exc. le ministre de l'instruction publique sur l'enseignement de la gymnastique dans les lycées*, par le docteur Hillairet, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

— *Leçons sur la réfraction et l'accommodation*, par le docteur Ed. Meyer.

— *Kyste de l'ovaire pesant 20 livres chez une enfant de 12 ans ; ouverture du kyste par la méthode de Récamier ; ovariectomie consécutive ; guérison* ; par le docteur Jouon (de Nantes).

— *Étude sur les fractures compliquées et leur traitement par l'occlusion collodionnée*. — Thèse inaugurale contenant 10 faits, dont 17 de guérison ; par le docteur Ad. Bertrand. Paris, mai 1869.

M. GIRALDES présente, au nom de M. Prescott Hewet, membre

correspondant étranger, le tome XIX des *Transactions of the pathological Society of London*.

M. FLEURY, chirurgien de l'hôpital de Clermont, adresse à la Société l'observation suivante :

Hernie crurale volumineuse étranglée depuis trois jours. — Opération suivie de succès. — Gangrène des parois abdominales survenue sans cause connue au bout de six jours. — Mort prompte. — Le nommé B..., âgé de 42 ans, cultivateur, sans paraître bien vigoureux, n'a jamais été malade. Il a remarqué, depuis cinq ans, une petite tumeur au pli de l'aîne droite. Comme elle était indolente et facilement réductible, il la maintenait avec un bandage, mais pelote mal appliquée la laissait souvent glisser sous elle ; il a en éprouvé parfois quelques difficultés à la réduire ; mais avec des bains, une pression un peu énergique, il parvenait à la faire rentrer.

Le 18 avril de cette année, la tumeur sortit pendant la nuit et offrit cette fois un volume plus considérable qu'à l'ordinaire. C'est en vain que le malade eut recours aux moyens qui lui réussissaient ordinairement, tout fut inutile.

C'est à la visite du 23 que l'opération fut pratiquée.

Une incision cruciale parut nécessaire pour mettre convenablement à découvert les parties malades ; le sac contenait de la sérosité sanguinolente ; il y en avait même plus que l'on n'en observe ordinairement dans cette variété de hernie. L'anse intestinale, étranglée, était masquée par une couche de fausses membranes assez épaisse pour simuler l'épiploon, mais la pression exercée avec une éponge suffit pour l'enlever. Le débridement dut être porté assez loin pour faciliter la rentrée de la tumeur. (Pilules d'opium de 3 centigr., à prendre d'heure en heure.)

L'intestin réduit, tous les symptômes de l'étranglement cédèrent, le cours des selles se rétablit, mais les matières rendues étaient claires et diarrhéiques, ce qui pouvait faire croire à l'existence d'une entérite légère.

La nuit fut bonne néanmoins ; l'amélioration persista le lendemain.

Le 24, le poulx, sans être aussi dur que la veille, conservait de la fréquence ; la soif était vive.

Le 25, les symptômes sont les mêmes ; le ventre, qui est un peu tendu, est recouvert d'un cataplasme émollient ; il n'y a plus d'évacuations, mais elles avaient été assez abondantes le premier jour

pour que ce fait n'offrit rien d'anormal ; la tympanite paraissait due à la distension gazeuse déterminée par l'entérite.

Le pouls était assez dur et fréquent ; mais l'inflammation de la muqueuse rendait compte de ce phénomène ; il n'y avait donc rien jusque là qui pût préoccuper.

Les journées du 26 et du 27 ont été, à peu de chose près, semblables à celle du 25.

Le 28, la distension gazeuse est portée assez loin pour fatiguer le malade à qui il semble que rien ne peut sortir de son corps.

Dans la pensée qu'il existe un peu d'inertie à l'intestin grêle, je prescris 40 grammes d'huile de ricin, et, comme il n'en résulte aucun effet, on y ajoute le soir un lavement purgatif, qui provoque des selles abondantes ; dans la soirée, cependant, il y a eu un vomissement et quelques hoquets ; la soif est toujours vive, mais l'indolence du ventre exclut l'idée d'une péritonite.

A la visite du 29, l'abdomen est moins tendu, ce qui paraît d'un bon augure. Le malade accuse une légère douleur à l'épaule droite ; il s'en plaint depuis la veille, mais il n'en a parlé à personne.

Quel fut notre étonnement en l'examinant d'observer, au flanc droit, des vésicules contenant une sérosité sanguinolente, et, en les déchirant, de trouver le derme violacé et exhalant une odeur manifeste de gangrène. La peau qui recouvrait l'épaule était tendue, résistante, et offrait cette élasticité que l'on observe à la suite du sphacèle, qui succède à une pustule maligne ou à un traumatisme violent.

A 2 heures, tout le côté droit était envahi, le pouls n'était déjà plus sensible, la peau se refroidissait, et, à 5 heures, le malade succombait.

A quoi pouvait donc tenir cette gangrène foudroyante qui s'était développée d'une manière aussi imprévue ? Le malade n'a fait aucune chute, déclare son voisin ; il n'a reçu aucun coup, n'a été exposé à l'action d'aucun principe septique ; il était même en voie de guérison lorsqu'elle s'est manifestée. On ne peut certainement pas l'attribuer au sphacèle de l'intestin qui, de proche en proche, aurait gagné les parois de l'abdomen. La mort serait survenue plus tôt et avec d'autres symptômes.

L'autopsie pouvait-elle nous en rendre compte ? Les signes fournis par elle ont été négatifs. Il n'existait pas la moindre trace de péritonite ; les anses intestinales étaient distendues par des gaz ; la muqueuse qui en tapissait la face interne est congestionnée, sans offrir néanmoins les traces d'une inflammation bien intense.

L'anse intestinale étranglée, que l'on reconnaît à une coloration plus foncée, est vide et suffisamment dilatée, pour que les matières aient pu s'échapper librement.

La portion du mésentère qui lui correspond présente une exsudation purulente qui, plus tard, aurait pu avoir des suites fâcheuses; mais on ne doit pas évidemment lui attribuer la gangrène qui s'est manifestée dans les parois de l'abdomen, sa cause reste donc inconnue.

Un fait semblable a-t-il été observé par quelques-uns de nos honorables collègues? Je ne puis en donner une explication satisfaisante, et je cherche en vain dans mes souvenirs une observation qui offre quelque analogie avec celle-ci.

M. VEDRENNE, médecin-major à Fort-Napoléon (Algérie), adresse une observation de gangrène par congélation de deux pieds et de la partie inférieure des deux jambes, jusqu'au-dessus des malléoles, observé chez un Arabe. Trois mois après l'accident, la séparation des parties sphacelées était fort avancée; mais, pour éviter la concité des moignons, M. Vedrenne se décida à pratiquer l'amputation dans la portion saine du membre, sans attendre l'élimination spontanée. La jambe droite fut amputée le 13 février 1869, à trois travers de doigt au-dessous du lieu d'élection. Du côté gauche, l'amputation fut pratiquée un mois plus tard, au lieu d'élection. L'autopsie des membres amputés a permis de constater que les extrémités nerveuses, et notamment celles des nerfs tibiaux postérieurs, étaient renflées et présentaient des tumeurs arrondies, identiques à celles que l'on désigne sous le nom de *névromes d'amputation*.

Discussion sur les fractures compliquées de l'extrémité inférieure de la jambe. (Suite.)

M. LABRÉ. Je n'avais pas l'intention de prendre part à cette discussion, mais dans ces derniers jours, j'ai observé dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, quatre cas de fractures compliquées de la jambe.

Chez le premier malade, vieillard âgé de 72 ans, je crus pouvoir tenter la conservation, mais vers le septième ou le huitième jour, les accidents se montrèrent tels que je fus obligé de recourir à l'amputation. L'opéré succomba dans les vingt-quatre heures.

Chez le second malade, âgé de 37 ou de 38 ans, la fracture s'accompagna d'issue des fragments, mais elle avait pour cause un

mode de production différent. Elle résultait du choc éprouvé dans une collision d'un train de chemin de fer. C'était une fracture de cause directe. Le malade se refusa à l'amputation; à ce moment, le pouls était calme, régulier. Le lendemain, le pouls était à 150; des accidents se montraient; le blessé accepta l'amputation. Comme le précédent, il succombait vingt-quatre heures après l'opération.

Chez le troisième malade, du même âge que le précédent, la fracture était due à une chute d'un lieu élevé. Cette fois, on put intervenir presque aussitôt après l'accident; on fit la réduction, on appliqua une couche solide de collodion; le malade n'est pas guéri, mais il paraît être en bonne voie de guérison.

Enfin, chez le quatrième malade, bien que les choses fussent dans le même état que chez les deux premiers, influencé par l'opinion d'un de nos confrères de province, très-opposé à l'amputation dans ces circonstances, je tentai la conservation. Dès le lendemain, je fus forcé d'y renoncer; l'amputation de la cuisse fut pratiquée. Jusqu'aujourd'hui, l'état de l'opéré est très-satisfaisant. Comme on le voit, le malade chez lequel j'ai eu recours à l'occlusion est celui chez lequel les meilleurs résultats ont été obtenus.

M. LÉON LE FORT. M. Labbé ne nous dit pas quelle conclusion il tire des résultats fâcheux obtenus par l'amputation; toutefois, je crois devoir présumer de l'esprit général qui semble dominer dans sa communication, qu'il nous signale ces faits comme un exemple des dangers de la conservation et de la temporisation, plutôt que comme une preuve contre l'utilité de l'amputation. En effet, nul n'ignore que les amputations faites dans la période de réaction, de fièvre traumatique, sont extrêmement dangereuses et trop souvent mortelles. Si donc les tentatives de conservation ne doivent avoir en général d'autre résultat que de laisser passer le moment où l'amputation peut être faite avec le plus de chance de succès; si les tentatives, comme dans les cas signalés par notre collègue, doivent être abandonnées après un ou plusieurs jours, il paraît évident que, pour M. Labbé comme pour moi, il faut dans ces cas de fractures spiroïdes avec plaie, savoir se décider de suite pour l'amputation.

M. LAMMÉ. Je me rallie sur ce point à l'opinion de M. Le Fort... Je crois aussi qu'il faut intervenir complètement et rapidement. Je suis arrivé à Saint-Antoine avec des idées largement conservatrices. Je ne les abandonne pas, mais je crois qu'il faut, surtout à l'hôpital, savoir prendre énergiquement son parti dès le début et faire l'amputation avant l'apparition de la fièvre traumatique. Le cas le plus favorable que j'ai observé jusqu'à présent, est celui d'une femme de

soixante et quelques années, chez laquelle j'ai voulu tenter la conservation ; au bout de six à sept semaines, elle s'éteignit épuisée par la suppuration. Comme on le voit, ce n'est que d'une manière malheureusement relative qu'on peut considérer ce cas comme favorable.

M. TILLAUX. Nous nous trouvons ici en présence d'un des cas les plus difficiles de la chirurgie pratique. J'étais heureux de voir s'élever cette discussion, car j'espérais qu'il en sortirait pour nous une règle de conduite ; or, jusque-là je ne vois qu'incertitude.

D'un côté, **M. Le Fort** conseille d'amputer ; de l'autre, **M. Trélat** conseille de conserver, et cite cinq succès à l'appui de son opinion ; **M. Demarquay**, sur des points du reste différents, donne raison à l'un et à l'autre.

Je voudrais voir discuter ce point précis ; qu'y a-t-il à faire quand il y a une fracture pénétrant dans l'articulation ; lorsque, par exemple, la fracture et la plaie portant au niveau de la malléole, il y a ouverture de l'articulation fibio-tarsienne.

Il est une question incidente que je voudrais adresser à mes collègues : Ont-ils constaté que les fractures compliquées de la jambe ont une gravité plus grande quand elles sont occasionnées par des accidents de chemins de fer. J'ai cru remarquer, pour ma part, que les grands traumatismes sont plus graves quand ils sont dus à cette cause.

M. FERRIN. Je partage l'opinion de **M. Tillaux** sur la nécessité de circonscrire le sujet. Il y a, entre telle et telle fracture, des différences telles qu'on ne peut utilement s'en tenir à une discussion générale. Tout le monde s'accorde sur la gravité de ces fractures et sur la nécessité de prendre de bonne heure un parti, si on croit devoir recourir à l'amputation. Ainsi que je le disais il y a quelque temps, j'ai vu six de ces cas, les six malades sont morts, soit parce qu'on avait tenté la conservation, soit parce qu'on avait fait l'amputation dans la période de fièvre.

Il n'y a pas, en effet, de comparaison à établir entre les amputations absolument primitives, et celles qui sont pratiquées le lendemain de l'accident, car ces dernières sont très-graves.

M. TRÉLAT. **M. Tillaux** a parlé de la gravité exceptionnelle des accidents de chemins de fer ; cette gravité me paraît due à ce que les désordres sous forme de déchirures musculaires, des fissures des os, d'arrachement de nerfs ou de vaisseaux, remontent beaucoup plus haut que le point où a eu lieu l'application directe de la force vulnérante. Il m'est arrivé plusieurs fois de pratiquer dans ces cas des amputations, et de les voir suivies de gangrène du moignon ou

du lambeau, d'accidents de nature à me faire penser que j'avais eu le tort d'être trop conservateur et de faire l'amputation trop bas, quoique je l'aie faite en un point semblant exempt de toute lésion appréciable.

La série de faits que vient de nous présenter M. Labbé n'a que peu ou pas d'importance pour la solution de la question, car les amputations n'ont pas été tout à fait immédiates; d'ailleurs, ils ne sont pas probants, si nous voulons revenir au point de départ de la discussion. L'amputation donne-t-elle de meilleurs résultats que la conservation? Telle est la véritable question.

M. GUYON. Je n'ai pas présent à l'esprit dans tous leurs détails les faits sur lesquels je m'appuie pour dire que je partage l'opinion de M. Trélat. Il faut cependant écarter le plus possible une cause d'erreur. La plupart des fractures compliquées de la jambe que j'ai traitées l'année dernière ont guéri; cette année, dans le même hôpital, dans les mêmes salles, j'ai été malheureux.

Quant à la question posée par M. Tillaux, la plupart des médecins des chemins de fer croient à l'extrême gravité de ces sortes d'accidents.

M. TILLAUX. Je ne parle pas de la violence du choc, ce n'est pas à cette cause que j'attribue la gravité des accidents des chemins de fer; qu'un homme soit frappé par un tampon, par un boulet, par un corps lourd, pesant et mû avec force, les conséquences pour une même lésion paraissent devoir être les mêmes. Je parle de ceux qui sont blessés par le passage d'un train en marche, qui sont écrasés sous les roues d'un wagon; il semble que la gravité de l'état général dépende de la trépidation à laquelle ils ont été soumis.

M. LÉON LE FORT. Les faits rapportés par M. Labbé peuvent être invoqués à l'appui des dangers de la conservation, puisque notre collègue a dû y renoncer par l'apparition d'accidents graves, et qu'il s'est trouvé ainsi dans la nécessité d'amputer dans de mauvaises conditions.

Lorsque je me fais le défenseur de l'amputation immédiate, je n'ai en vue qu'une classe spéciale de fractures compliquées de la jambe, les fractures spéroïdes et non les fractures compliquées en général. Je n'ai parlé de ces dernières que pour dire que la règle doit être au contraire la conservation. Les statistiques anglaises et américaines, celle de M. Chenu, pour la Crimée, montrent que la conservation donne, pour les fractures de jambe par coup de feu, de meilleurs résultats que l'amputation. Le compte rendu de la campagne d'Italie, qui sera rendu public dans quelque temps, montrera mieux en-

core la nécessité de conserver autant que possible. C'est la règle que je suis pour les fractures compliquées.

La thèse que je défends est celle-ci : les fractures *spéroides* ou, mieux, *fractures par pénétration* de l'extrémité inférieure de la jambe, toujours très-graves, réclament l'amputation immédiate lorsqu'elles sont compliquées de plaies. Les signes physiques, contestables au lit du malade, manquent pour nous donner la preuve que la fracture qui se présente à nous est bien une semblable fracture ; mais ces fractures, amenées par cause *indirecte*, par pression suivant l'axe de la jambe, ont leur physionomie propre comme les fractures du radius à la partie inférieure, comme celle du grand trochanter par pénétration du col du fémur.

Si donc une fracture de la jambe siégeant à deux ou quatre travers de doigts au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne a été produite par un mécanisme qui laisse supposer la pénétration ; si la plaie a été faite par l'issue du tibia, chassé au dehors par la continuité de l'action fracturante ou par le poids du corps, il y a presque certitude de l'existence d'une fracture pénétrante se prolongeant sous forme de fissure ou de fente jusqu'à la surface articulaire, et, dans ce cas, bien qu'on possède peut-être des exemples avérés de guérison par la conservation, la règle générale doit être l'amputation immédiate.

M. GUERSANT. J'ai été témoin de la pratique que suivait Dupuytren : il insistait sur la nécessité d'amputer de bonne heure dans les cas de fracture compliquée de l'extrémité inférieure de la jambe ; mais il voulait être prévenu aussitôt qu'un blessé atteint d'une telle lésion était amené à l'Hôtel-Dieu, et il l'amputait dès que la stupeur qui suit l'accident avait cessé, c'est-à-dire après quelques heures.

M. VERNEUIL. Pour établir le pronostic, et poser les indications thérapeutiques en cas de fracture compliquée de la partie inférieure de la jambe, il faut tenir compte de trois conditions : 1° l'état anatomique de la blessure ; 2° l'état organique du blessé ; 3° le milieu dans lequel on observe. Jusqu'à présent on s'est préoccupé surtout de la première condition, mais on paraît avoir trop négligé les deux autres.

Certainement, il est utile d'établir des catégories basées sur l'anatomie pathologique, et c'est avec raison qu'on tient grand compte de l'intégrité ou de l'ouverture de l'articulation tibio-tarsienne. La communication primitive ou secondaire de la jointure, avec la plaie antérieure, assombrit tellement le pronostic que si on ne parvenait pas à prévenir l'arthrite, il reste peu d'espoir d'obtenir la gué-

rison sans opération sérieuse, amputation ou résection. La thérapeutique ordinaire, y compris les contre-ouvertures et le drainage, est presque toujours impuissante, et les tentatives obstinées de conservation ont même cet inconvénient grave d'ajourner la mutilation nécessaire, jusqu'à une époque où l'état local aggravé exige des sacrifices plus grands, et où l'état général du blessé rend le succès presque impossible.

Tout en reconnaissant, avec mes collègues, le danger inhérent à la communication de la jointure avec le foyer de la fracture, je ne voudrais qu'on en fit le seul élément capable de dicter au chirurgien la conduite à suivre, et que le choix entre l'amputation, la résection ou l'expectation ne rencontre pas d'autre critérium.

En effet, outre que le diagnostic précis de cette communication est parfois très-difficile, et ne repose souvent que sur des probabilités, l'observation démontre : 1° que la guérison peut s'obtenir sans opération malgré l'ouverture articulaire ; 2° que malgré l'intégrité primitive de la jointure, une arthrite secondaire peut se développer par propagation de l'inflammation, née dans le foyer de la fracture (le décollement du périoste, la suppuration des gaîthes tendineuses sont les agents efficaces de cette propagation) ; 3° enfin que l'attrition des os et des parties molles peut nécessiter le sacrifice immédiat du membre, lors même que l'épiphyse tibiale a été respectée par l'accident. Mais l'observation montre également des succès inattendus, obtenus par l'expectation dans des cas très-graves, des revers prompts et tout aussi imprévus dans des cas très-simples, l'énorme mortalité quelle que soit la conduite suivie, la gravité extrême des amputations traumatiques, aussi comprend-on l'incertitude et l'indécision du praticien, et la nécessité de poser enfin des règles capables de servir de guides dans cette occurrence difficile. M. Tillaux regrette que ces règles n'aient pas été formulées jusqu'ici, il craint que la discussion reste stérile, et il nous adjure de fournir des préceptes formels.

Je vais, pour ma part, tâcher de le satisfaire en exposant les résultats de mon expérience. Je dois déclarer au préalable que jusqu'à présent j'ai vu, un seul cas excepté, mourir tous les blessés atteints de fractures compliquées du quart inférieur de jambe, lorsque l'articulation était atteinte, et qu'on s'était borné à la thérapeutique ordinaire. L'exception a trait à un jeune homme, de bonne constitution, affecté de fracture spiroïde du tibia gauche, avec large plaie de la peau, et dénudation étendue de l'os ; la communication articulaire n'était pas d'abord évidente ; mais la douleur, la rougeur, le

gonflement, qui se montrèrent les jours suivants, autour du coude du pied me firent admettre une fissure verticale, allant du foyer de la fracture à l'articulation et ouvrant celle-ci.

J'avais proposé d'emblée l'amputation, au moins la résection. Le malade refusa opiniâtement toute tentative opératoire. L'irrigation continue fut donc mise en usage, sans interruption, pendant un mois, puis remplacée par des pansements simples, un large séquestre se détacha des fragments supérieurs du tibia, et la consolidation finit par se faire sans trop de difformité. Depuis que j'ai adopté pour le traitement des fractures compliquées de petites plaies, l'occlusion immédiate avec le collodion, et la contention avec l'appareil de Scultet (voir la thèse de M. Bertrand), j'ai guéri sans accidents plusieurs fractures de la partie inférieure de la jambe, mais j'hésite à faire rentrer ces cas dans la présente discussion, parce que rien ne me prouve que l'articulation tibio-tarsienne ait été intéressée.

L'intervention opératoire m'a fourni des résultats variables dont voici le tableau :

Deux fois j'ai pratiqué l'amputation immédiate avec plein succès, chez un troisième blessé, au contraire, la pyohémie est survenue au 10^e jour.

Une fois j'ai pratiqué l'amputation secondaire au 7^e jour, et alors que la suppuration avait envahi déjà le foyer de la fracture et l'articulation du pied. Il s'agissait d'un paysan de 55 ans, sur la jambe duquel une roue de voiture avait passé. La fièvre était presque nulle et l'état général satisfaisant. L'amputation pratiquée à la campagne, au lieu d'élection supérieure, fut suivie d'une guérison prompte et sans accidents. Tout récemment j'ai vu à Montargis, une dame âgée qui s'était fracturé la jambe gauche, au quart inférieur, en descendant son escalier. Une esquille avait perforé la peau dans une petite étendue. Les choses allèrent bien dans les premiers jours, mais la suppuration s'étendit sous la peau jusqu'au voisinage du genou, et dans l'épaisseur du mollet. L'état général était bon. Je me contentai de faire au 12^e jour la résection des fragments, j'enlevai plusieurs esquilles longitudinales très-aiguës, et je plaçai des tubes à drainage en plusieurs sens. Sans en avoir eu la preuve directe, je reste persuadé que la fissure du tibia devait gagner la jointure, l'opération amena sur-le-champ une amélioration locale. Le docteur Montier, médecin ordinaire de la malade, enleva les jours suivants d'autres esquilles, et je crois qu'à ce jour la guérison est assurée.

J'ai pratiqué une autre fois la résection secondaire. Il s'agissait

un charretier de 50 ans environ affecté de fracture du quart inférieur avec petite plaie faite par un fragment. En dépit de tous nos soins, le foyer s'enflamma et une hémorrhagie grave se fit dans le cours de la deuxième semaine. Je fis la résection et m'efforçai de retrouver l'artère tibiale antérieure que je soupçonnais d'avoir formé l'hémorrhagie (ce que l'autopsie confirma plus tard). Ne pouvant trouver ce vaisseau, je liai l'artère fémorale. L'hémorrhagie ne reparut pas à la jambe, mais l'inflammation ne fut pas arrêtée. Une pyohémie à marche lente se déclara; puis, un jour, survint une hémorrhagie foudroyante par le bout supérieur de la fémorale. Le blessé, je dois le dire, était entaché d'alcoolisme. L'autopsie démontra que la fracture, quoique très-voisine de la jointure, n'y avait pas pénétré, qu'il y avait cependant suppuration de l'articulation, mais que la communication entre celle-ci et le foyer de la fracture s'était établie par l'intermédiaire des gaines tendineuses des extenseurs et des fléchisseurs.

En résumé, sept cas donnent cinq guérisons et deux morts.

Les guérisons obtenues par l'expectation, une fois; par l'amputation immédiate, deux fois; par l'amputation secondaire, une fois; par la résection secondaire, une fois; la mort causée par la pyohémie après l'amputation immédiate, une fois, et une autre fois après la résection secondaire.

Tel est le bilan de ma pratique, et maintenant voici les préceptes théoriques que je crois devoir recommander :

1° Petite plaie, contusion médiocre des parties molles : réduction exacte, occlusion immédiate avec la baudruche et le collodion; immobilisation et contention rigoureuses avec l'appareil de Scultet appliqué avec le plus grand soin. S'il n'y a point de douleurs, pansements rares. On peut laisser le premier appareil huit, dix et même quinze jours en place;

2° Même conduite en cas de plaie plus grande et de contusion plus forte des parties molles. Des accidents inflammatoires se développeront presque inévitablement; mais ils seront moins intenses et surtout plus tardifs; on aura gagné quelques jours, ce qui est fort important. On supprime l'occlusion et on laisse à découvert le foyer de la fracture pour combattre activement et localiser la phlegmasie; les frictions mercurielles, les badigeonnages iodés, les sangsues posées à une certaine distance, quelques débridements, l'introduction de drains pour pouvoir circonscrire l'inflammation et arrêter les accidents;

3° Si l'on n'y parvient pas, on pratiquera la résection, dont ce

me semble il n'a pas été assez question jusqu'ici, et qui a donné de bons résultats à M. Langebert dans des cas de fractures par armes à feu, et à M. Ollier pour des fractures compliquées ordinaires. Cette opération, exécutée dans son foyer enflammé, et pendant le cours même de la fièvre traumatique, réussit beaucoup mieux que l'amputation pratiquée dans les mêmes conditions. On devra s'efforcer de ménager le périoste, ce qui est en général facile quand il y a inflammation des fragments et suppuration de la fracture.

4° Si les dégâts primitifs sont considérables, si les os sont écrasés, et les parties molles largement déchirées ou fortement contusés, on peut, dans quelques cas, tenter la résection immédiate; mais il paraît plus sage de recourir d'emblée à l'amputation. Quant au moment convenable pour sacrifier le membre, j'adopte tout à fait les règles de Dupuytren, que vient de nous rappeler M. Guersant. Il faut attendre que le blessé soit remis de l'émotion et de l'ébranlement causés par l'accident, que le pouls soit relevé et la chaleur de la peau rétablie. Mais aussi il faut agir avant le développement de la fièvre traumatique, qui, dans quelques cas, s'allume de très-bonne heure. Il est facile, en visitant plusieurs fois le blessé si cela est nécessaire, de trouver, entre les premières heures et la fin du premier jour, un moment propice. Le thermomètre fournit des indications très-utiles. Toute amputation faite avant que la température ait atteint 38° peut être considérée comme immédiate. Si les douleurs locales sont vives, il convient de se hâter davantage.

En suivant les règles que je viens d'exposer, on aura, je crois, de bons résultats; mais ceux-ci dépendent encore du milieu où l'on pratique. Lorsque nous nous entretenons de ces questions avec les praticiens de la province et de la campagne, ceux-ci sont surpris de notre pessimisme et de la tendance que nous avons à opérer; ils nous citent des cas où, malgré des désordres primitifs très-étendus, ils ont obtenu la guérison sans résection ni amputation. Il est malheureusement vrai que dans nos grands centres, et surtout dans nos hôpitaux, la chirurgie conservatrice échoue le plus souvent et qu'en vieillissant nous devenons de moins en moins conservateurs. C'est pourquoi les préceptes que nous donnons n'ont rien d'absolu et doivent être modifiés d'après les localités et les contrées.

Mais il est une autre condition que je voudrais voir apprécier plus sérieusement; je veux parler de l'état organique du blessé. M. Panas a touché incidemment ce point. En nous communiquant sa statistique, il a relevé quatre cas de mort. Mais, a-t-il ajouté : Deux de ces cas ne doivent pas être comptés, parce qu'il s'agissait d'ivrognes qui

ont succombé peu d'heures après l'opération. Je suis tout à fait de l'avis de M. Panas sur l'extrême gravité des blessures et opérations chez les alcooliques; ces malheureux succombent presque inévitablement, quelle que soit la manière dont on les traite; mais comme les ivrognes sont très-communs dans nos hôpitaux, et surtout parmi nos blessés, il me paraît difficile de les supprimer aussi prestement de nos relevés statistiques. De là un grand embarras pour la méthode numérique. Si on les exclut, on n'a pas de statistique intégrale; si on les admet, on s'expose à juger fautivement les méthodes curatives. Je suis disposé à maintenir le principe des statistiques intégrales, mais je voudrais qu'une catégorie fût faite pour ceux de nos sujets qui, indépendamment de leur blessures, portent en eux un germe de destruction prochaine; car je ne saurais le répéter trop haut et trop souvent, si la variété des lésions traumatiques est telle qu'on a peine à trouver deux blessures absolument identiques, les différences individuelles sont telles qu'il est aussi mal aisé de rencontrer deux blessés dans des conditions organiques rigoureusement semblables. Continuons donc à nous préoccuper des blessures, mais songeons aussi à nous occuper un peu plus des blessés. Pour montrer l'importance que j'attache à cette donnée, je dirai que j'aurais plus d'espoir de sauver un sujet sain atteint de fracture compliquée de lésion articulaire qu'un ivrogne dont la jointure serait respectée.

Il me reste peu de chose à dire. M. Tillaux se demande si les grandes blessures occasionnées par les chemins de fer ont quelque chose de spécial; car, pour sa part, il a vu succomber, quoiqu'on fasse, ceux dont les membres avaient été brisés par les waggon en marche. Cette question a déjà été posée, presque dans les mêmes termes, au congrès de 1867, par M. de Méric, de Londres. Il demandait aux chirurgiens français si, plus heureux que leurs confrères de Londres, ils parvenaient à guérir les amputations consécutives aux accidents de chemin de fer. Il fut répondu, à cette époque, que les blessures susdites n'ont rien de spécial qu'à la manière de toutes les violences causées par les machines, les corps contondants d'un grand volume, les voitures pesamment chargées, etc. Elles étendent au loin leur action et amènent des désordres profonds qui remonitent très-loin dans l'épaisseur du membre, quoique peu apparents et assez limités à l'extérieur.

Si on se contente de réséquer, et si même on ampute, mais trop proche du point où la peau est ouverte, on voit survenir bientôt le phlegmon diffus, la gangrène, et, finalement, la mort.

Si on s'éloigne suffisamment, au contraire, du point blessé, on

obtient tout autant de succès que dans les autres cas. Je crois cette interprétation des revers préférable à la théorie du choc traumatique; car, malgré mes efforts, je n'ai pu comprendre encore exactement ce qu'il faut entendre par ce terme, dont on a d'ailleurs oublié jusqu'ici de nous fournir une définition exacte et claire.

M. GIRALDÈS. M. Tillaux disait qu'il n'avait pas vu d'amputés de jambe guéris, lorsque l'amputation était nécessitée par un accident de chemin de fer. J'ai été mieux partagé. Il y a dans ces circonstances deux espèces principales de lésions : 1° des broiements de parties saisies entre les rails et la roue de la locomotive ; 2° des arrachements lorsque le membre a été saisi dans des engrenages. Ce qui paraît donner de la gravité aux mutilations causées par des accidents de chemin de fer, c'est l'ébranlement général éprouvé par l'économie, la stupeur : et il faut attendre, pour opérer, que la réaction ait commencé à se faire. Dans ces cas, très-fréquemment les lésions remontent très-haut, et, comme l'a dit M. Trélat, on s'expose à un échec, si, dans le désir de conserver le plus de longueur possible au moignon, on ampute au niveau de la lésion apparente. Il arrive beaucoup d'accidents à la Chapelle ; quelques malades refusent de se laisser transporter à l'hôpital ; je déclare que les amputations faites à la Chapelle ont été souvent suivies de succès, mais je prends soin d'amputer très-haut.

Quant aux fractures multiples causées par les coups de tampon, j'ai eu l'occasion de traiter, à Necker et à Saint-Louis, des fractures de jambe dans lesquelles il y avait cinq ou six fragments. J'ai eu recours à l'irrigation, et j'ai guéri mes malades. Contrairement à ce que pense M. Verneuil, je crois qu'il faut la laisser longtemps, mais il faut aussi que l'écoulement de l'eau soit continu et ne s'arrête pas, comme cela est trop fréquent, pendant plusieurs heures et même pendant toute une nuit.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. DESORMEAUX. Dans la dernière quinzaine du mois de janvier, j'ai eu l'honneur de présenter à la Société de chirurgie l'appareil à extension continue du docteur Hennequin, avec quelques observations qui prouvaient son efficacité dans le traitement des fractures du fémur et de la coxalgie. Aujourd'hui, je viens lui apporter de nouveaux faits, et soumettre à son examen deux des malades dont suivent les observations.

Devant être publiées *in extenso*, je me contenterai de donner k

résumé succinct de quatre observations prises dans mon service à l'hôpital Necker.

OBS. I. — *Fractures de la cuisse gauche.*

Première fracture, à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur, le 25 septembre 1867, 4 cent. de raccourcissement. — Appareil de Scultet et de F. Martin. — Après guérison, 3 cent. de raccourcissement.

Deuxième fracture, au-dessus de la première, le 15 décembre 1868, 3 cent. de raccourcissement. — Extension continue. — Après guérison, le membre ne mesure plus que 4 cent. et demi de moins que l'autre.

Allongement du cal..... 4 cent. 1/2

Position en équerre.

Force de traction..... de 6 à 7 kilogr.

Première fracture. — H..., âgé de 25 ans, cocher, entre dans mon service, à l'hôpital Necker, le 25 septembre 1867, pour être traité d'une fracture de la cuisse gauche, à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur. — 4 cent. de raccourcissement. On applique l'appareil de Scultet; quarante jours après, l'appareil de F. Martin, que le malade ne peut garder plus de trois jours, et enfin un appareil plâtré. A la levée de ce dernier, le raccourcissement est de 3 cent. Le cal est très-volumineux, le genou est augmenté de volume, et les mouvements de flexion de la jambe douloureux et peu étendus. Le malade sort le 13 janvier 1868. La claudication est corrigée par une chaussure à haut talon, mais la raideur du genou persiste.

Deuxième fracture. — Le 15 décembre 1868, H... se fait une nouvelle fracture de la même cuisse, au-dessus de la première. Le raccourcissement du membre n'a pas augmenté, grâce au volume du cal. On applique l'appareil de Scultet; quinze jours après, l'appareil à extension continue. Le cal est très-avancé; pas de mobilité entre les fragments. Le membre est placé en première position, après avoir entouré la jambe d'une bande roulée. L'extension est appliquée sur les condyles du fémur et le mollet; la contre-extension, sur l'ischion, la fosse iliaque externe et la branche horizontale du pubis. La force de traction est portée d'emblée à 6 kilogr., dont

2 sur les condyles et 4 sur le mollet. La branche horizontale de pubis et la tubérosité ischiatique devinrent un peu douloureuses.

On diminua la pression sur le pubis pour la porter sur la fosse iliaque externe; la force de traction fut réduite à 5 kilogr. La douleur diminua graduellement, et disparut complètement vers le dixième jour, époque à laquelle on put porter la force de traction jusqu'à 7 kilogr. Du reste, ce malade est assez fortement musclé. Rien de particulier à noter dans le cours du traitement.

L'appareil est enlevé le 8 février 1869, quarante jours après la pose. Le membre est parfaitement conformé; les mouvements du genou sont plus libres et plus étendus; la jambe atteint l'angle droit.

Mesuration. De l'épine iliaque antéro-inférieure à la crête du tibia, la différence a oscillé entre 1 et 2 centimètres.

De l'ombilic aux malléoles externes, même différence.

Par le procédé Giraud-Teulon, la longueur du fémur sain était de 39 cent. 6 mill., et celle du fémur fracturé de 38 cent. 1 mill. Par conséquent, il avait été gagné 1 cent. et demi sur le raccourcissement de la première fracture.

Ce malade a été revu le 11 avril 1869.

Pas la moindre claudication.

Obs. II. — Fracture de la cuisse droite au tiers inférieur. — 3 centimètres de raccourcissement. — Après la guérison, les deux membres ont exactement la même longueur. — Position en équerre. — Force de traction : 5 kilogr.

Le 18 décembre 1868, je reçus dans mon service B... (Ernest), âgé de 39 ans, marchand de vin. Une feuille de vin l'avait renversé et lui avait brisé la cuisse droite au tiers inférieur, un peu au-dessus des condyles. La surface de section est oblique de bas en haut et de dedans en dehors. Le raccourcissement est de 3 centimètres. L'appareil de Scultet est appliqué. Vingt et un jours après, il est remplacé par l'appareil à extension continue du docteur Hennequin.

Pas la plus petite trace de consolidation, pas même d'empatement. Une bande roulée comprend le pied et toute la jambe. Le membre inférieur est placé en première position. L'extension est rapportée par le mollet et l'extrémité inférieure du fémur; la contre-extension par l'ischion, la fosse iliaque externe et la branche de pubis. La traction est à peine de 5 kilogr.

Le malade, quoique ayant des muscles assez développés, a des

saillies osseuses trop accusées. Le bracelet passe par-dessus le condyles; on fut obligé de reporter sur le mollet à peu près toute la force de traction. La jambe devint un peu œdémateuse; la tubérosité ischiatique s'habitue difficilement à supporter la contre-extension. Trois jours après, on sentait autour des fragments l'empatement précurseur de la formation du cal, qui, du reste, marche très-régulièrement, malgré le retard qu'il avait éprouvé. L'appareil fut enlevé le 27 février, juste sept semaines après sa pose. Le membre était parfaitement conformé; le cal à peine sensible et très-résistant; les articulations étaient complètement libres.

Mensuration. — Chez ce malade, la mensuration, plusieurs fois pratiquée à différents jours d'intervalle, ne révéla aucune différence dans la longueur des deux membres inférieurs.

Quelques jours après la levée de l'appareil, il se manifesta dans le cal une augmentation de volume, qui fut victorieusement combattue par la compression élastique, en fort peu de temps.

Ce malade n'a pas été revu.

Obs. III. — Trois fractures successives de la cuisse gauche.

Le 9 mai 1868, 1^{re} fracture de cuisse à la partie moyenne, avec plaie. Fracture de la malléole externe et de l'astragale du même côté; luxation du pied en dedans. Appareil de Scultet, appareils plâtrés. Après guérison, 6 cent. 1/2 de raccourcissement.

2^e fracture, le 19 septembre 1868, de la cuisse gauche, au même endroit. Appareil plâtré. Après guérison, même raccourcissement.

3^e fracture de la même cuisse, au-dessous des premières. L'accident arriva le 1^{er} février 1869. Appareil à extension continue. Après consolidation, le membre fracturé ne mesure plus que 1 cent. 1/2 de moins que l'autre.

Position en équerre. Force du traction : 6 kilogr.

C... (Étienne), Agé de 36 ans, charpentier, travaillait à la démolition de la voûte du palais du Champ de Mars, lorsque, perdant l'équilibre, il tomba la jambe entre deux portes. La violence fut telle, qu'il se fractura la cuisse vers la partie moyenne, la malléole externe, l'astragale, et se luxa le pied en dedans. Une large plaie de la face postérieure de la cuisse communiquait avec le foyer de la fracture.

L'accident arriva le 9 mai 1868. Le malade fut immédiatement transporté dans le service de M. Guyon, à l'hôpital Necker. La luxa-

tion fut réduite, la plaie pansée et le membre placé dans un appareil de Scultet, qui est enlevé le 6 juin : la plaie de la cuisse est cicatrisée, la fracture de la malléole consolidée, mais les fragments du fémur sont encore mobiles.

Le membre est mis dans un appareil plâtré. Deux mois après, la consolidation est loin d'être complète. Un autre appareil plâtré, comprenant tout le membre et le bassin, est appliqué séance tenante.

Vingt-huit jours après, la consolidation parut complète. Le raccourcissement est de 6 cent. $1/2$.

Le malade était sans appareil depuis douze jours, lorsque, en se retournant dans son lit, il se fractura de nouveau le fémur au même endroit. Nous sommes à quatre mois et huit jours du premier accident.

Le membre est replacé dans un appareil plâtré pendant vingt-huit jours, après lesquels la consolidation parut assez avancée pour laisser le malade en liberté. Le séjour à l'hôpital se prolongea encore pendant un mois. Enfin, le malade sortit le 26 septembre 1868, ayant un raccourcissement de 6 cent. et demi, une plaie en suppuration à la face interne du talon. Pour corriger la claudication, le malade fixe sous sa chaussure une semelle en bois de 4 cent. et demi d'épaisseur.

Tous ces renseignements nous ont été donnés par le malade, qui est d'une intelligence rare pour un homme de cette condition.

Le 1^{er} février 1869, C..., en voulant monter dans un omnibus, tombe à la renverse et se brise pour la troisième fois la cuisse gauche, au-dessous du cal des premières fractures. Transporté à l'hôpital Necker, il fut placé au n° 42 de ma salle Saint-Pierre. Le membre est placé provisoirement sur le double plan incliné de Boyer; le lendemain, dans l'appareil de F. Martin. Le raccourcissement n'avait pas augmenté; il était toujours de 6 cent. et demi.

Le 11 du même mois, je fis une incision à la face interne du talon pour extraire une portion de l'astragale nécrosée. Après cette opération, l'appareil de Martin rendait le pansement difficile. Le membre fut placé dans l'appareil à extension continue (14 février). Il n'y avait pas trace de consolidation; la mobilité entre les fragments était parfaite et le raccourcissement le même. Le membre est mis en première position; l'extension est faite sur le mollet et sur les condyles du fémur; la contre-extension sur les trois points pelviens; la force de traction est portée à 5 kilogrammes. Ayant négligé d'appliquer une bande roulée sur le pied et la jambe, il se produisit un gonflement œdémateux qui força le malade à suspendre l'extension con-

tinue pendant quelques heures seulement. L'oubli fut réparé, et l'extension rétablie avec la même force de traction, était des plus faciles.

Dans les premiers jours, les chairs et les condyles du fémur furent le siège d'une douleur peu intense, qui abandonna bientôt ces régions pour se localiser sur le coude-pied et augmenter d'intensité. Je cherche encore l'explication de cette douleur, qui certainement était sous la dépendance de l'extension continue. Malgré cela, la force de traction fut portée à 6 kilogrammes, et, à partir de ce moment, le maniement de l'appareil fut entièrement confié au malade.

Huit jours à peine s'étaient écoulés depuis le moment où l'extension continue avait été établie, que déjà on sentait l'empatement précurseur du cal englober les fragments du fémur, phénomène que j'ai observé dans tous les cas de fractures traitées par l'extension continue.

Le 16 mars, juste un mois après sa pose, l'appareil est enlevé un instant pour changer le linge, et la différence entre les deux membres n'est plus en longueur que de 2 centimètres au plus. Le malade, encouragé, redouble de soin et de zèle. La plaie se cicatrise bien.

A partir du 15 avril, l'appareil n'est plus gardé que quelques heures par jour. Le malade se lève et se promène avec des béquilles. La plaie est fermée.

Le 24 avril, les membres inférieurs sont mesurés par trois procédés :

1° Des épines iliaques antéro-inférieures aux épines tibiales :

Le membre sain mesure.....	45 cent. 1/2
Le membre malade mesure.....	44 —

2° De l'ombilic au même point inférieur :

Membre sain.....	48 cent. 1/2
Membre malade.....	46 — 1/2

3° Par le procédé de Giraud-Teulon, procédé mathématique qui donne la longueur du fémur à l'aide d'une construction géométrique, on trouve :

4° Longueur du fémur sain.....	37 cent. 1/2
— — fracturé.....	36 —
Différence.....	1 cent. 1/2

En somme, 5 centimètres de gagnés sur les fractures antérieures. Ce malade eut, à la face interne de la jambe, un eczéma et un

érysiplé, après la consolidation de la fracture. Ces deux complications disparurent du reste très-rapidement.

Enfin, C. abandonna l'hôpital, complètement guéri, le 9 mai 1860.

Obs. IV. — Fracture de la cuisse droite à la partie moyenne. — 7 centimètres de raccourcissement. — Délire alcoolique phlycténies. — Consolidation sans raccourcissement bien manifeste. — Position en équerre. — La force de traction a varié de 5 à 7 kilogrammes.

C. (Pierre), âgé de 52 ans, carrier, est entré dans mon service le 19 février 1860, salle Saint-Pierre, n° 35, avec une fracture oblique de la cuisse droite vers la partie médiane, résultat d'une chute d'une hauteur de 5 à 6 mètres. Le fragment supérieur avait traversé les tissus jusqu'à la peau, qui était restée intacte; il faisait à la région externe une saillie considérable. Le membre mesurait 7 cent. de raccourcissement, qu'en put réduire à 5 par des tractions énergiques.

On applique l'appareil de Scultet.

Le malade, grand buveur, ne tarde pas à être pris de délire alcoolique, dans lequel il démolit son appareil. A cet état succède une prostration intellectuelle, une hébétude, qui du reste paraît être son état normal; de plus, cet homme est d'une malpropreté insigne.

Le 18 mars, dix-sept jours après l'accident, il est mis dans l'appareil du docteur Hennequin. Le membre mesurait alors 5 cent. de raccourcissement. Il n'y avait pas trace de consolidation. Une bande roulée comprend le pied, la jambe et une partie de la cuisse; l'extension est appliquée sur le mollet et sur les condyles; la contre-extension sur les trois points pelviens. Le membre est placé en première position. La force de traction fut portée à 7 kilogr.

L'ischion et la branche du pubis devinrent douloureux; ils furent soulagés, et la traction ramenée à 6 kilogr. Il se forma des phlyctènes sur la face dorsale du pied, sur la face interne de la cuisse, à la région ischiatique et sur la face dorsale de la main droite. Elles guérissent sans pansement, excepté celle de l'ischion, qui donna lieu à une excoriation superficielle, due probablement à la malpropreté du malade, car le coussin ischiatique était complètement pourri et hors d'état de servir.

A partir du 29 mars, toute la contre-extension fut supportée par la fosse iliaque externe et la branche horizontale du pubis, et la force de traction ne dépassa pas 5 kilogr.

L'extension continue n'était pas établie depuis plus de quatre

jours, qu'on sentait déjà l'empâtement précurseur de la formation du cal.

La dernière moitié du traitement ne donna lieu à aucun fait digne d'être noté. Le cal diminua de volume, tout en prenant de la consistance; la saillie formée par le fragment supérieur est moins accusée.

L'appareil est enlevé le 29 avril, cinquante-trois jours après sa pose. La cuisse est très-solide et bien conformée. La saillie formée par le fragment supérieur n'a pas entièrement disparu; le genou est un peu empâté, et la mensuration donne, comme distance de l'épine iliaque antéro-inférieure à l'épine tibiale

Membre fracturé.....	51 cent.
— sain.....	50 cent. 1/2.

La différence est due au gonflement du genou.

Le malade se lève le 9 mai et marche avec des béquilles.

Le 13 mai, le membre est de nouveau mesuré à plusieurs reprises, et les différentes mensurations, on n'accuse aucun raccourcissement, ou donnent une longueur de moins de 1 centimètre en faveur du membre sain.

De ces observations et des précédentes, M. Hennequin tire les conclusions suivantes :

1° Que les fractures du fémur doivent désormais entrer dans le cadre des fractures des os longs, se consolidant habituellement sans raccourcissement.

2° Que l'extension continue a une influence manifeste sur la formation du cal.

3° Que, sur la demande d'un malade, le chirurgien peut fracturer une cuisse ayant une courbure trop considérable, ou un raccourcissement trop grand, résultant d'une fracture antérieure, dans le but de redresser la première, et de diminuer le second par l'extension continue.

En résumé, sur quatre malades atteints de fractures de cuisse, et traités par l'appareil du docteur Hennequin, deux, ayant une fracture pour la première fois, guérissent avec un raccourcissement nul ou douteux. Un, ayant une fracture pour la seconde fois, guérit avec un allongement de 1 centim. 1/2 sur le raccourcissement antérieur. Un autre, ayant une fracture pour la troisième fois, gagne 5 centimètres sur le raccourcissement des deux fractures précédentes.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le secrétaire annuel, Léon LA FORT.

SEANCE DU 26 MAI 1869

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *L'Art dentaire.* — *Le Sud médical.*
— *Le Marseille médical.*

— Le tome V des *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*. Année 1868.

— *Recherches expérimentales sur l'absorption des liquides à la surface et dans la profondeur des voies respiratoires*, par P. Delmas et L. Sentex. — Mémoire couronné par l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Bordeaux. Broch. in-8. Paris, 1860.

M. le docteur Gaillard, de Parthenay (Deux-Sèvres) adresse à la Société l'observation suivante : *Corps étranger constitué par des grains de raisin venant du rectum et formant un calcul dans l'épaisseur de la grande lèvre.*

Mme D..., âgée de 51 ans, habitant Parthenay, a toujours joui d'une bonne santé; elle n'est plus réglée depuis un an.

Le 10 avril 1869, elle a ressenti une douleur vive à la vulve, et elle a remarqué un gonflement considérable de la grande lèvres droite; mais elle m'a avoué plus tard que depuis trois ou quatre mois cette partie était plus volumineuse que la grande lèvre gauche; cependant il n'y avait aucune douleur; de sorte que la malade fait remonter l'origine de son mal à l'époque où elle a commencé à en souffrir, c'est-à-dire au 10 avril. Le 18 avril, elle me fait appeler, et je constate l'état suivant :

La grande lèvre droite est très-volumineuse, et semble, à première vue, être le siège d'un abcès; mais en l'écartant de la grande lèvre du côté opposé, on voit à sa partie interne une ulcération longue d'un centimètre et demi, donnant issue à du pus, et au milieu de cette ulcération un point noir. En touchant ce point noir je m'aperçois que c'est un corps dur, qui présente une consistance pierreuse, et en essayant de le saisir avec des pinces, il est facile de

voir qu'il offre des dimensions beaucoup trop grandes pour être extrait sans opérer un débridement. J'ajourne l'opération, et je m'efforce de faire comprendre à la malade qu'il est utile de la débarrasser de ce corps étranger. Il n'y a point de symptômes généraux, pas de fièvre; l'appétit est bon; l'affection est toute locale. Cependant M^{me} D... ne peut s'asseoir, souffre beaucoup, et se décide à laisser faire l'opération, que je pratique le 20 avril, de la manière suivante :

Ayant introduit une sonde cannelée à travers la petite plaie qui laisse saillir le calcul, je glisse cette sonde entre le corps étranger et la paroi de l'abcès, et je pratique avec le bistouri une incision de deux ou trois centimètres jusqu'au fond du foyer; je puis alors saisir le calcul avec des pinces à polype, et je l'extrais facilement, il n'avait aucune adhérence; le corps ainsi extrait est noirâtre, irrégulier, long de trois centimètres, et est accompagné d'autres petits corps beaucoup moins volumineux, dont quelques-uns ont la forme de pépins de raisin.

Quelques jours après la plaie était cicatrisée, et maintenant, un mois après l'opération, il n'en reste plus aucune trace, si ce n'est la cicatrice linéaire de la plaie.

Quel est le corps étranger que nous avons extrait ? s'est-il développé dans la grande lèvre ? est-il venu du dehors ou de l'intérieur du corps ? Telles sont les questions que je me suis posées.

Ma première pensée avait été celle d'un calcul développé dans le conduit excréteur de la glande vulvo-virginale, comme il s'en développe dans le canal de Sténon ou d'autres conduits analogues; mais, outre que je ne trouvais pas que ce corps eût l'apparence d'un calcul, les petits corps qui l'accompagnent ressemblent exactement à des pépins de raisin ayant séjourné longtemps dans l'intestin. Je suis donc porté à croire que ce sont des concrétions intestinales, qui ont perforé le rectum et ont cheminé jusque dans la grande lèvre, où ils ont séjourné avant de déterminer un travail inflammatoire qui devait en provoquer l'expulsion. Tout cela se serait passé sans qu'il y ait eu au voisinage de l'intestin de forte inflammation, car la malade n'a pas conservé le souvenir de grandes douleurs. Dans cette hypothèse, je craignais qu'il n'y eût là une fistule, mais je n'ai point rencontré de trajet à l'aide d'un stylet, et depuis que le corps étranger a été extrait, la plaie s'est guérie rapidement, sans rester fistuleuse.

Je ne crois pas qu'on puisse discuter l'opinion d'un corps étranger introduit volontairement et devenu le noyau d'un calcul, comme

cela se voit souvent dans les cavités naturelles, car il se trouvait ici dans l'épaisseur même de la grande lèvre.

Il sera facile, du reste, de connaître la composition du corps étranger; mais je n'ai pas voulu le diviser ni l'altérer, désirant l'envoyer intact à la Société de chirurgie, qui pourra le soumettre à l'analyse chimique et microscopique.

L'examen microscopique, fait pendant la séance, montre que le centre des petits calculs ayant la forme de grains de raisin est formé de cellules végétales. Il ne saurait donc y avoir de doute sur la question de nature et de provenance de ces calculs.

INCIDENTS SUR LE PROCÈS-VERBAL

M. LIÉGEOIS lit une note à propos d'une réclamation faite par MM. Legros et Onimus au sujet de son rapport sur le travail communiqué par ces auteurs dans une séance antérieure.

La Société arrête qu'il sera mentionné au procès-verbal de la séance de ce jour que c'est par erreur que le travail de MM. Legros et Onimus a été publié. La Société avait décidé qu'il serait renvoyé aux archives, et que le rapport de M. Liégeois méritait seul les honneurs de la publication dans les bulletins de la Société.

Suite de la discussion sur les fractures compliquées de la jambe.

M. ALP. GUÉRIN. On s'est occupé jusqu'ici, dans cette discussion, des fractures de la jambe au tiers ou au quart inférieur (car les uns ont dit le quart et les autres le tiers), sans rien préciser. Quand j'ai vu mettre cette question à l'ordre du jour de la Société, j'ai pensé que quelqu'un était prêt à tracer la marche à suivre, à indiquer les circonstances dans lesquelles on peut espérer la guérison sans mutilation, et celles qui réclament impérieusement l'amputation. J'ai le regret de dire que mon espoir a été déçu, et je pense qu'il eût mieux valu attendre, pour traiter ce sujet, que l'expérience des membres de la Société leur eût donné une autorité que l'on nous a longtemps accordée. Je ne voulais pas prendre part à cette discussion, mais ayant vu des fractures du bas de la jambe en nombre tellement considérable qu'il me serait difficile de l'exprimer approximativement, je vous demande la permission de vous dire dans quels cas j'ampute, et quels sont ceux qui me font tenter de guérir sans amputation.

Il faut mettre de côté les fractures comminutives avec plaie, qui s'accompagnent d'une atteinte profonde aux parties molles; nous n'avons à nous occuper ici que des fractures qui empruntent leur gravité au siège qu'elles occupent, et non à l'étendue de la lésion; car s'il en était autrement, nous n'aurions pas à chercher dans quels cas on peut conserver une jambe fracturée dans son quart inférieur; on eût posé simplement la question des fractures compliquées. C'est justement la précision de l'énoncé du sujet mis à l'étude qui me faisait espérer qu'une vive lumière allait à l'avenir nous guider; mais cette précision est de nature à causer quelque hésitation aux chirurgiens qui, comme moi, se contentent de demander à la pratique des guides qu'ils n'ont point en la prétention d'imposer aux autres. Je réclame donc de mes collègues une grande indulgence pour mes opinions.

Les fractures de la jambe au quart inférieur peuvent s'accompagner d'une solution immédiate ou consécutive des parties molles. Je m'occuperai d'abord de la première espèce, de la seule dont on s'est occupé jusqu'ici :

Est-il bien vrai que cette fracture emprunte à son siège une gravité exceptionnelle? Est-elle plus grave que les solutions de continuité du milieu de la jambe? Il est incontestable que des fractures siégeant au quart inférieur de la jambe se prolongent souvent dans l'articulation tibio-tarsienne et dans ce cas, la pénétration articulaire se fait par une simple fissure ou par une communication large avec disjonction des fragments.

Dans l'un et dans l'autre cas il y a une complication dont il faut tenir compte pour le pronostic; mais il est bien clair que la gravité diffère essentiellement suivant la largeur de la solution qui met l'articulation en communication avec le foyer de la fracture dont la continuité de l'os est le siège. Nous avons tous guéri des fractures du tibia avec fêlure, s'étendant jusque dans l'articulation tibio-tarsienne, sans que cette complication ait retardé la guérison d'un jour. Sans doute on peut contester cette proposition, puisqu'on peut soutenir que dans les cas de guérison prompte la fracture ne communiquait pas avec l'articulation; mais nous avons tous vu, en faisant l'autopsie des personnes qui avaient succombé aux suites de la fracture de la jambe au quart inférieur, des solutions de continuité si étroites, qu'il fallait une grande attention pour les découvrir, et compliquant si peu la lésion principale, que l'articulation n'était pas même le siège d'une quantité notable de synovie.

Pour ma part, je suis porté à croire que, dans un certain nombre

de cas, la simple fêlure qui s'étend de la fracture du tibia dans l'articulation tibio-tarsienne ne constitue pas une complication grave.

Il n'en est plus de même quand la communication entre la fracture et la cavité articulaire permet au sang et à l'air d'aller du foyer de la fracture dans l'articulation. Dans ce cas, on ne peut pas compter sur un commencement de réunion que j'appellerai immédiate; il faut s'attendre à ces interminables suppurations qui tôt ou tard, mettent le chirurgien dans l'obligation de sacrifier le membre qu'il a tenté de conserver.

Entre les faits extrêmes, il y en a d'autres sur lesquels on ne peut pas se prononcer d'une manière générale : suivant qu'ils se rapprochent plus ou moins de l'un ou de l'autre, on tentera de guérir sans opération, ou bien l'on se décidera à pratiquer l'amputation.

J'ai répondu à la première question que j'avais posée. Oui, la fracture du quart inférieur de la jambe emprunte à son siège une gravité exceptionnelle.

Si maintenant nous examinons l'autre question, si nous comparons sa gravité à celle du milieu de la jambe, nous trouvons dans le mode de production de la fracture, et dans le rapport des fragments entre eux, des conditions qui ont leur importance au point de vue du pronostic. Dans une chute sur les pieds, la fracture du tibia siège ordinairement au quart inférieur, parce que c'est le point le plus fragile de l'os, si nous nous en rapportons à l'observation clinique. Les fractures de la partie moyenne sont le plus souvent produites par un choc direct; elles sont transversales, tandis que les autres sont obliques; leur réduction est en général facile, tandis que celle des fractures du quart inférieur présente une difficulté dépendant du glissement des fragments l'un sur l'autre. Ce n'est pas seulement par suite de cette obliquité des fragments que les fractures du quart inférieur sont plus sujettes au déplacement que celles qui siègent plus haut; les fractures de la partie moyenne une fois réduites, sont faciles à contenir, parce que les os sont tirés en dehors et en arrière par des muscles qui s'y insèrent; plus bas, les muscles, ne font plus que glisser sur l'os. Dans les fractures du bas de la jambe, le fragment inférieur est entraîné en arrière par l'action musculaire contre laquelle il faut sans cesse lutter, si l'on veut conserver au pied sa direction normale. Je recommande toujours de passer les coussins sous la face plantaire, et d'exercer une traction sur la partie antérieure du pied, pour combattre l'action musculaire. Les anciens employaient une talonnière dans le même but. Ayant abandonné à mes élèves le

soin d'une fracture du quart inférieur de la jambe, avec une petite plaie au niveau de la malléole externe, je m'aperçus à la levée de l'appareil que le pied était déjeté en arrière; et comme le travail de consolidation était avancé, les muscles rétractés s'opposaient aux efforts que je faisais pour ramener le pied perpendiculairement à la direction de la jambe. Le résultat eût été certainement très-fâcheux si je n'avais pris immédiatement le parti de faire la section du tendon d'Achille. Grâce à cette petite opération, le pied est revenu dans sa direction normale; mais un peu plus tard, la chose eût été impossible.

Ainsi l'action musculaire augmente la gravité des fractures du quart inférieur du tibia, et souvent les chirurgiens agissent d'une manière aussi nuisible que les muscles, en voulant réduire d'une manière parfaite.

Il faut que la réduction rapproche les fragments; mais il faut bien se garder de les mouvoir sans cesse pour obtenir une coaptation plus parfaite. Le fragment inférieur étant sollicité en arrière, beaucoup de chirurgiens se préoccupent trop de la difformité qui en résulte, refont la coaptation, et s'opposent ainsi à la formation prompte du cal. Il faut savoir se résigner à la déformation: c'est là le secret du succès dans les fractures du quart inférieur de la jambe.

Il y a pourtant un cas dans lequel il faut absolument faire la coaptation: c'est lorsque les fragments sont placés de telle manière qu'il y a un intervalle entre eux et les muscles soulevés. De ce déplacement résulte une sorte de puits dans lequel le sang, puis le pus, s'accumulent et décollent les parties molles dans une grande étendue.

Une fois la coaptation faite, il faut la maintenir, et c'est en permettant d'agir ainsi que le taffetas et le collodion sont utiles. Je comprends l'utilité du pansement au collodion dans les cas où il y a peu de dégâts; mais je doute que l'on obtienne des résultats bien satisfaisants quand il y a eu déchirure des muscles et contusion plus ou moins profonde. Dans ce cas, l'irrigation a rendu de grands services, et ce serait encore le meilleur moyen si l'on avait un appareil qui permit l'irrigation en même temps que la fixité des fragments.

Convaincu qu'il importe par-dessus tout de s'opposer à la mobilité des fragments, j'ai l'habitude d'appliquer un appareil ordinaire, qui permet au malade de se mouvoir sans que les mouvements retentissent dans la fracture et pendant les pansements qui se font ordinairement. Moi-même, tous les jours ou tous les deux jours, suivant l'abondance de la suppuration, je m'efforce de maintenir les fragments dans les rapports qu'ils ont eus jusque-là; et de cette manière

j'ai obtenu des résultats que je trouve très-satisfaisants, sans que je puisse en donner la statistique.

J'ai dit que les fractures de la jambe s'accompagnent aussi d'une solution de continuité *consécutive*. Cela est très-fréquent : l'extrémité inférieure du fragment supérieur blesse souvent la peau sans la traverser. De cette contusion résulte une eschare plus ou moins étendue, qui, lorsqu'elle tombe, laisse une plaie communiquant avec le foyer de la fracture. Si à la chute de l'eschare il y a déjà commencement de consolidation, si les éléments du cal ont déjà établi une union aussi légère que possible entre les fragments, on est autorisé à porter un pronostic favorable. Il arrive souvent, dans ces cas, que la guérison s'opère comme pour les fractures les plus simples; il n'en est pas de même si, au lieu d'appliquer un appareil, on a mis le membre dans une gouttière où des mouvements lui sont involontairement imprimés. Pour ces cas-là, je repousse aussi l'irrigation, qui retarde la formation du cal, et s'oppose à ce que les fragments soient unis au moment de la chute de l'eschare.

De ce que je viens de dire, il résulte qu'une fracture du bas de la jambe, même lorsqu'elle communique avec l'articulation tibio-tarsienne, même par une fente étroite, doit laisser l'espoir d'une guérison sans amputation.

Je n'ampute que les malades qui ont une fracture communiquant largement avec l'articulation, et ceux qui ont subi une contusion étendue des parties molles ou une dénudation étendue des fragments.

Quand la contusion de la peau et des muscles est faible et que les fragments sont dénudés, j'ai quelquefois pratiqué la résection; mais il faut être prévenu que souvent les fractures, que l'on croit presque transversales, présentent des fissures qui s'élargissent sous l'action de la scie, et qu'ainsi on peut, par la résection, s'exposer à une complication plus ou moins grave.

Voilà, d'une manière un peu trop générale sans doute, ce que je pense des fractures du bas de la jambe. L'application de l'opinion conçue par chaque chirurgien se fait ensuite d'après un calcul de probabilités fondé sur l'expérience et le souvenir des nombreuses observations qu'il a pu recueillir.

J'ai pratiqué la résection des fragments des fractures de la jambe, mais je n'ai eu que médiocrement à m'en applaudir. J'ai vu des malades guérir après sept ou huit mois de traitement, et n'échapper à la mort qu'après avoir couru des dangers qui n'eussent guère été plus graves si je n'avais pas réséqué.

La croyance que nous avons tous que les fractures du bas de la jambe communiquent souvent avec l'articulation tibio-tarsienne n'est-elle pas d'ailleurs de nature à nous rendre très-réservés pour la résection ? Je comprends que l'on résèque les fragments dénudés, mais à la condition que l'on ne sera pas exposé à agrandir la fente, qui s'étend jusque dans l'articulation voisine.

M. LEGUEST. J'ai écouté avec grand plaisir le discours de **M. Guérin**. Ceux de nos collègues qui ont pris jusqu'à présent la parole dans cette discussion me paraissent avoir assombri le tableau, déjà sombre, des dangers que peut faire courir aux malades l'existence d'une fracture compliquée de la jambe à la partie inférieure ; les fractures sont graves, nul ne peut le nier ; mais elles ne sont pas particulièrement graves.

On ne me paraît pas avoir suffisamment insisté jusqu'à présent sur l'étiologie et l'anatomie pathologique de ces fractures. Les variétés peuvent être ramenées à deux espèces principales : les premières, accompagnées d'une plaie plus ou moins étendue faite aux téguments, mais sans que la fracture pénètre jusque dans l'articulation ; les secondes diffèrent des précédentes par la pénétration jusque dans l'articulation,

A moins de désordres exceptionnels, les premières ne réclament pas l'amputation, et je crois que sur ce point nous sommes tous d'accord. Les secondes sont, au contraire, très-graves ; à tel point que **M. Gosselin**, dans le mémoire où il les décrit pour la première fois, les regarde comme devant fréquemment amener l'infection purulente.

La gravité de ces fractures me paraît dépendre de leur étiologie, de leur mode de production, de la force presque toujours considérable que nécessite leur production, et de la direction même de cette force. En effet, elles sont le plus souvent produites par une énergique pression agissant suivant l'axe longitudinal du tibia, comme dans une chute sur les pieds. C'est ce qu'on remarque, par exemple, dans la plupart des observations rapportées dans le travail de **M. Bérenger-Ferrand**. J'ai fait à ce sujet des expériences sur le cadavre, et j'ai vu que pour les produire il fallait, après avoir placé le pied sur un sol résistant, frapper violemment sur l'extrémité supérieure du tibia.

Quant aux signes qui peuvent nous indiquer la pénétration de la fracture jusque dans l'articulation, ils sont quelquefois évidents, quelquefois douteux, quelquefois nuls. J'espérais que **M. Guérin** nous aurait éclairés sur ce point ; je regrette qu'il n'ait pas pu nous

donner des signes diagnostiques. Quant à moi, je crois, je le répète, qu'au lit du malade il faut tenir le plus grand compte de la cause productive, si l'on veut en quelque sorte deviner les désordres produits.

Lorsque la fracture s'accompagne de fracas considérables, lorsqu'il y a une large plaie, ce que nous observons de temps en temps chez les estafettes qui, faisant le service des ministères, font une chute dans laquelle la jambe est prise sous le cheval, il faut amputer.

Quand il n'y a que des signes d'induction (mobilité latérale du pied considérable, gonflement de l'articulation, dû probablement à du sang épanché), il faut en tirer tout le parti possible pour le diagnostic; mais dans ce cas il ne faut pas, en général, amputer primitivement : le danger est ici l'inflammation consécutive de l'articulation; ce danger, on peut le conjurer, et quand il se montre, le combattre. Que faire pour cela? il faut avant tout assurer l'immobilité du pied. On y arrive de deux façons : en employant la semelle plantaire, que tous les chirurgiens emploient de temps immémorial, et en poussant les malléoles l'une vers l'autre au moyen d'un bandage en huit de chiffre placé au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. Il faut surtout empêcher le fragment supérieur de descendre et de venir écarter les fragments épiphysaires; pour cela, il suffit d'élever la jambe et de fléchir le genou.

Je ne veux pas examiner la valeur du collodion et de l'irrigation continue. Depuis longtemps j'ai renoncé à ce dernier moyen, et je me borne à faire appliquer des compresses imbibées d'eau alcoolisée qu'on renouvelle trois ou quatre fois par jour. De cette manière, aussi bien que par l'irrigateur, on peut prévenir l'inflammation articulaire.

Reste à parler de la résection. J'en suis peu partisan dans la continuité des os; mais quand il y a, non pas impossibilité, mais seulement difficulté à réduire, je crois qu'il est bon de ne pas attendre et de réséquer le fragment saillant.

J'ai fait une fois la résection partielle de l'articulation tibio-tarsienne; j'ai réséqué la malléole externe. J'en ai été peu satisfait et je ne suis pas partisan de cette opération. J'ai lu beaucoup d'observations, et je me suis aperçu de ce fait, qui confirmait ce que m'avait appris ma pratique : c'est que les résections guérissaient d'autant mieux que les plaies étaient plus larges. On peut sans doute être amené à réséquer secondairement, mais je tiens à constater qu'on peut tenter la conservation alors même que la plaie a ouvert largement l'articulation.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. DEMARQUAY présente un malade atteint depuis plus de trois mois d'une luxation intracoracoïdienne, et qu'il a soumis à trois tentatives de réduction avec l'appareil de Jarvis. La luxation n'est pas complètement réduite, mais la tête a été amenée très-près de la cavité glénoïde, et le malade a recouvré la plus grande partie des mouvements de l'épaule et du bras.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 2 JUIN 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin général de thérapeutique*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Sud médical* ;

Relation humoristique d'une excursion médicale aux eaux de Schinznach, par le docteur Putegnat (de Lunéville) ;

De la part du collège des médecins de Londres : *The nomenclature of diseases drawn up by a joint committee appointed by the royal college of physicians* ;

Der erste verband auf dem Schlachtfelde (premier pansement sur le champ de bataille), par le professeur Esmarch ;

Treatise on the transport of sick and wounded troops by inspector general T. Longmoore, ouvrage important avec 200 planches ;

M. le docteur Goiral adresse un manuscrit intitulé : *Des divers moyens opposés aux descentes de matrice*. — Renvoyé à M. Tarnier ;

M. Gripouilleau envoie la *Description de l'appareil prothétique qu'il*

propose pour les amputés du bras. (Commission : MM. Le Fort, Til-
laux, Panas.

M. Dewalz communique une observation de plaie de la région
fessière accompagnée d'hémorrhagie grave. Tentative de la ligature
dans la plaie. Arrêt spontané de l'hémorrhagie avant l'opération.

RAPPORTS

M. Léon Le Fort fait un rapport verbal sur un mémoire de
M. Philippe, chirurgien principal de l'armée, intitulé : *Peromoplastie,
ou autoplastie du moignon après les amputations dans les cas de saillie
de l'os.* Ce procédé, appliqué sur un malade amputé de la cuisse de-
puis quelques jours, consiste à détacher les chairs au ras de l'os sail-
lant, de manière à pouvoir les faire glisser jusqu'à ce qu'elles re-
couvrent l'os faisant saillie. La Société décide que des remerciements
seront adressés à M. Philippe pour son intéressante communication,
et que ce travail sera honorablement déposé dans ses archives.

COMMUNICATIONS

**Des résultats cliniques et scientifiques obtenus avec les
injections sous-cutanées de sublimé, à petites doses, dans
l'étude de la syphilis.** — M. LIÉGEOIS. — Je me propose d'appeler
l'attention de la Société de chirurgie sur les services qu'il est permis
d'espérer de l'emploi de la méthode hypodermique appliquée à l'étude
de la syphilis. Quoique mes recherches dans cette direction datent
de dix-huit mois et portent sur plus de 400 observations, j'aurais
ajourné encore l'exposition de mes résultats cliniques, et attendu
avec patience que le temps eût consacré les espérances que cette
méthode promet, si le problème de l'action des mercuriaux ne
s'était, en quelque sorte, naturellement imposé à moi, et ne m'avait
engagé dans une voie d'investigation toute particulière sur laquelle
je désirerais actuellement appeler l'attention.

Dans les essais faits jusqu'ici avec la méthode hypodermique ap-
pliquée à la syphilis, les sels mercuriels seuls ont été employés. En
1864, Scarenzio fit essai du calomel à la dose de 20 centigrammes
pour 9 grammes d'eau distillée. Trois ou quatre injections suffirent
pour la guérison de la syphilis.

La méthode de Scarenzio fut employée en Italie par Ambrosoli, Ri-
cordi et Monteforte ; en Belgique, par Max O. Van Mons. En 1866,

Barclay Hill, en Angleterre, se servit du sublimé à la dose de 1 centigramme par injection. Vers la même époque, G. Lewin, de Berlin, employait aussi les injections de sublimé à la dose de 6 milligrammes chez la femme, 13 milligrammes chez l'homme, en dissolution dans 15 grammes d'eau. Les observations de cet auteur, consignées dans un volumineux ouvrage, portent sur 700 observations, prises de 1865 à 1867. La méthode de Lewin est actuellement étudiée par Hébra, Viederhoffer, Doblic, B. Richter, Blässe, Klemm, Merscheim, Grünfeld, Støhr. En France, elle a été employée par M. Hardy, sans succès. En 1868, M. A. Martin a proposé, pour injections, l'iodure de mercure et de potassium. M. Bricheteau, en 1869, a appelé l'attention sur l'iodure de mercure et de sodium, sans preuves à l'appui. Disons enfin que Mallez, en commun avec M. Pouillet, ont pratiqué avec succès la méthode hypodermique, d'après le procédé que j'indiquerai bientôt, sur vingt malades.

Mes premiers essais datent du mois d'octobre 1867. Ils m'ont été suggérés par Lewin lui-même, lors du congrès médical international. Dix-huit femmes de Lourcine, atteintes d'accidents syphilitiques secondaires graves, ont été mises aux injections de sublimé telles que Lewin les donne (6 milligrammes pour 1 gramme d'eau ; une injection par jour). Aucun régime tonique n'a été prescrit, aucun traitement local n'a été fait. Toutes mes malades ont guéri de leurs accidents dans l'espace de quinze à vingt jours. Mais la fréquence de la salivation, les abcès, les eschares qui survinrent au niveau de la piqûre me firent renoncer au moyen de Lewin. Entré à l'hôpital du Midi le 15 décembre de la même année, le souvenir de ces guérisons, en quelque sorte merveilleuses, obtenues à Lourcine, me revinrent sans cesse à l'esprit, et un beau jour, le 15 janvier 1869, je reprenais la seringue de Pravaz, me proposant de chercher à mitiger les effets irritants locaux de l'injection de sublimé. Après plusieurs tentatives, je constatais que la dose de 4 centigrammes de ce sel environ, diluée dans 2 grammes d'eau, et injectée en deux fois, était parfaitement innocente. C'est cette dose que j'ai employée constamment dans mes recherches subséquentes.

Une fois convaincu de l'innocuité de ma solution, je résolus de mettre à l'écart, tout d'abord, les autres moyens qui pourraient influencer, dans un sens ou dans un autre, les résultats de la méthode, et pour cela, je fis, du 15 janvier au 1^{er} décembre, des injections de sublimé sur une série de sujets (196) choisis parmi les plus gravement atteints de syphilis, mais chez lesquels aucun traitement local ne fut mis en usage : ni bains, ni lotions, ni cautérisa-

tions. Parmi ces sujets, quelques-uns seulement, dans un but comparatif, furent mis aux injections et aux toniques (vin de quinquina, pilules de Vallet). Les malades atteints d'accidents légers furent soumis, soit aux pilules de protoiodure de mercure, soit à la liqueur de Van Swieten, soit aux toniques, sans employer non plus chez ceux-ci aucun traitement local.

Depuis le 1^{er} décembre 1868, la plupart de mes malades atteints de syphilis grave furent mis aux injections sous-cutanées et au traitement local; un certain nombre ont été traités, dans un but comparatif, par les frictions mercurielles.

Je ne consignerai ici que mes résultats de l'année 1868, me proposant, en 1870, de rapporter les seconds et de les comparer aux précédents.

La formule de mon injection est la suivante :

Eau distillée.....	90 gr. »
Sublimé.....	» gr. 20
Chlorhydrate de morphine.....	» gr. 10

Ce qui fait un peu plus de 2 milligrammes de sublimé pour une seringue de Pravaz, de la contenance de 1 gramme.

Tous les matins, deux injections successives ont été faites dans le tissu cellulaire du dos : l'une à droite, l'autre à gauche. En général, elles sont accompagnées d'une sensation douloureuse, excessivement variable chez les sujets, mais très-supportable. Aucune réaction inflammatoire ne se produit au niveau du point piqué. Deux fois seulement, l'injection ayant été poussée dans l'épaisseur de la peau, il se forma une légère eschare. La salivation est exceptionnelle ; sur 196 sujets, elle a eu lieu 4 fois et a été des plus légères. Cinq ou six jours après le début du traitement, le malade accuse un mieux sensible dans son état général. Vers la même époque, s'il s'agit de plaques muqueuses, celles-ci commencent à s'améliorer; les formes sèches des manifestations secondaires de la syphilis s'améliorent plus lentement. Rarement, à partir des cinq ou six premiers jours, les accidents augmentent d'intensité; plus rarement encore des accidents d'une nouvelle forme apparaissent. Toutes les fonctions, pendant le traitement, parurent se faire avec activité, notamment la fonction de digestion. L'embonpoint augmenta, dans la généralité des cas, dans de fortes proportions.

Statistique générale : 196 malades ont été traités par les injections de sublimé pour des accidents secondaires. Sur ces 196 malades,

127 ont été notés guéris à leur sortie ; 69 ont été notés améliorés. Pour les guéris, le nombre moyen d'injections a été de 68 ; pour les améliorés, de 50. Le nombre des récides a été, pour les guéris, de 12 (9.43 0/0) ; pour les améliorés, de 14 (20.30 0/0).

Par amélioré, j'entends tout sujet qui ne conserve pas trace des accidents secondaires qu'il a présentés à son entrée. La plupart touchaient à la guérison ; c'est ce qui explique la proportion relativement faible de récidive chez ces sujets.

Statistiques partielles. Un des avantages de la méthode sous-cutanée telle que je l'applique, avantage sur lequel je n'insisterai qu'ici, c'est qu'elle permet de savoir exactement la dose de sel mercuriel qui pénètre dans l'organisme et qui concourt à la guérison de la syphilis, ce que l'on ne peut connaître par les autres moyens : aussi ai-je utilisé cet avantage pour l'examen des conditions spéciales thérapeutiques, physiologiques, morbides, dans lesquelles se trouvaient les sujets syphilitiques soumis à mon observation.

De ma statistique particulière portant sur les conditions thérapeutiques des sujets mis aux injections, statistique que je présenterai sous forme de tableau dans un mémoire, il résulte que les sujets qui guérissent le plus facilement par les injections hypodermiques sont ceux qui ont subi, à une époque plus ou moins reculée, un traitement mercuriel (liqueur, proto., frictions.) Il faut, à ces sujets, en moyenne, 60 injections, c'est-à-dire 30 jours de traitement. Puis viennent ceux qui, ayant été mis, à leur entrée à l'hôpital, à un traitement mercuriel ou aux toniques, ont, ne voyant pas d'amélioration dans leur état, demandé à être mis aux injections : il leur faut 61 injections. Puis viennent les malades mis simultanément aux injections et aux toniques ; il faut à ceux-ci 63 injections. Puis enfin viennent ceux qui ont été mis aux injections de sublimé seules (121 malades sont dans cette catégorie) ; ceux-ci réclament, pour leur guérison, une moyenne de 74 injections, 37 jours de traitement. Pour la durée du traitement, le désavantage est donc aux injections de sublimé employées chez des sujets n'ayant subi aucun traitement antérieur et n'ayant point été mis au régime tonique. Mais si l'on tient compte des récides, celles-ci sont d'autant plus assurées que le traitement par les injections a été moins long, à l'exception cependant des malades en récidive d'un traitement mercuriel, chez lesquels l'état constitutionnel a été modifié par un traitement antérieur de plus ou moins longue durée. Chez ceux-là il y a seulement 6 0/0 de récidive. Mais pour

les malades mis à leur entrée à un traitement mercuriel et mis au bout de quelques jours au sublimé, les récidives sont dans les proportions de 37.50 0/0. Chez ceux qui ont été mis simultanément aux injections et aux toniques, les récidives sont dans les proportions de 12.50 0/0. Chez ceux qui ont été mis seulement aux injections, les récidives sont seulement de 7.69 0/0.

Les diverses conditions qui suivent ont été étudiées chez des sujets mis exclusivement aux injections et notés guéris à leur sortie.

Age. Depuis 15 ans jusqu'à 40 ans, plus le sujet est jeune, plus il faut d'injections, mais moins il est exposé à une récidive ; tandis que, de 10 à 15 ans, il faut, pour la guérison de la syphilis, 70 injections ; de 20 à 30 ans, il en faut 68 ; de 30 à 40 ans, 65 ; mais dans le premier cas, il n'y pas de récidive ; dans le deuxième cas, le chiffre de celles-ci est représenté par 6.66 ; dans le troisième cas, par 18.75.

Nature des accidents secondaires. La roséole est l'accident qui guérit le plus facilement, il faut 62 injections ; puis viennent les plaques muqueuses, il faut 64 injections ; puis viennent les syphilides pulpuleuses, il faut 66 injections ; puis viennent les plaques muqueuses combinées à d'autres accidents, il faut 81 injections.

Mais les récidives sont en raison inverse du nombre d'injections ; les sujets atteints de roséole font seuls exception ; pour ceux-ci nous n'avons pas de récidives. Pour les plaques muqueuses, elles sont dans la proportion de 11 pour 100 ; pour les syphilides papuleuses, elles sont de 6 pour 100 ; pour les plaques muqueuses combinées à d'autres accidents, elles sont de 4 pour 100.

Accidents tertiaires. Dans les trois cas d'accidents tertiaires traités par les injections (syphilide tuberculeuse ulcérée du front, syphilide tuberculeuse de la face et du front, périostite de la voûte palatine avec ulcération), la guérison s'est effectuée, chez l'un au bout de 42 injections, chez l'autre au bout de 30 injections, chez l'autre au bout de 42 injections.

Date du début des accidents secondaires. Le nombre d'injections nécessaires pour la guérison est d'autant plus considérable que le début de ces accidents est plus éloigné. Tandis que pour des accidents qui datent de 1 à 15 jours, il faut 55 injections, pour ceux qui datent de 15 à 25 jours il faut 68 injections ; de 25 à 35 jours, 69 injections ; de 35 à 45 jours, 67 injections ; de 45 à 65 jours, 77 injections ; de 65 jours et au delà, 79 injections. Mais les récidives sont en raison inverse du nombre d'injections. Pour les acci-

dents qui datent de 1 à 15 jours, il y a 4,50 pour 100 de récurrence; de 15 à 25 jours, pas de récurrence; de 25 à 35 jours, 11 pour 100 de récurrence; de 45 à 55 jours, 16 pour 100 de récurrence; de 55 à 65 jours, pas de récurrence; de 65 jours et au delà, pas de récurrence.

Incubation du chancre. Plus l'incubation du chancre a été longue, plus il faut d'injections. Il a fallu 63 injections pour une incubation de 6 à 10 jours; 79 injections pour une incubation de 10 à 20 jours; 43 injections pour une incubation de 20 à 30 jours, 91 injections pour une incubation de 30 à 40 jours; 86 injections pour une incubation de 40 à 120 jours.

Date du chancre. Des sujets se sont présentés avec des accidents secondaires qu'ils rapportaient à des chancres datant de 5 ans, 18 mois, 12 mois, 6 mois. Les accidents secondaires, sans doute, avaient échappé à leurs observations. A ceux-là il a fallu 84 injections, chiffre supérieur à notre moyenne générale (74).

Il résulte donc de toutes ces statistiques partielles que la syphilis résiste d'autant plus au traitement que l'affection est plus ancienne; en cela elle diffère des maladies virulentes ou miasmatiques, qui, en général, passent par des phases d'augment, d'état stationnaire, de déclin; mais elle se rapproche des affections constitutionnelles dues à un trouble de la nutrition, scrofule, phthisie, etc. Il résulte aussi que, dans quelques conditions que ce soit, la syphilis a d'autant plus de chances de récurrence qu'il faut moins d'injections pour faire disparaître les manifestations secondaires. Quand celles-ci disparaissent rapidement, l'état général n'est pas suffisamment modifié, et les rechutes sont à redouter.

Injections préventives. Les injections préventives ont, comme avec les autres traitements, reculé l'apparition des accidents secondaires; de plus, elles ont atténué leur intensité, à part un cas. 3 sujets sur 11 n'ont pas été revus, mais on ne peut en inférer qu'ils aient été indemnes d'accidents consécutifs.

Les avantages de la méthode hypodermique, comparée aux autres méthodes, nous paraissent incontestables. 1° Elle est d'une application facile; des personnes étrangères à la médecine, le malade lui-même, peuvent, avec quelques conseils du médecin, faire des injections sur des endroits variés du corps. 2° Elle met à l'abri des accidents locaux, que les autres méthodes hypodermiques n'ont pu jusqu'ici éviter, même la méthode de Lewin (abcès, eschares, ulcères, indurations sous-cutanées). 3° Elle permet d'éviter

presque sûrement la salivation; c'est là surtout ce qui la rend supérieure à la méthode des frictions, méthode que je considère comme étant elle-même bien supérieure sous tous les autres rapports aux autres employées jusqu'ici. Le procédé de Lewin, donnant 37 pour 100 de stomatite, n'a pas non plus l'avantage du sublimé à petite dose, au point de vue de cet accident. 4° Elle est d'une efficacité des plus grandes contre les manifestations secondaires, peut-être aussi contre les accidents tertiaires, car jusqu'ici aucune forme de syphilis ne s'est montrée réfractaire au traitement. 5° Elle ne trouble aucune des grandes fonctions de l'économie, et en particulier la fonction de digestion; elle semble au contraire favoriser leur activité. 6° L'efficacité de la méthode, que les malades des hôpitaux ne manquent pas de remarquer chez les sujets en traitement, est une cause des plus puissantes pour les retenir pendant tout le temps voulu pour la guérison. Tandis que, pour les individus traités par le protoiodure, on compte 60 pour 100 d'améliorés à la sortie, pour les sujets mis aux injections on n'en compte que 35 pour 100. 7° Elle paraît moins exposer aux récidives que les autres méthodes, c'est du moins ce qu'indique le chiffre de 7 pour 100. J'ajouterai que depuis six mois ~~écoulés~~ depuis ma statistique, quatre malades seulement, notés guéris à la sortie, ont eu des rechutes. Sous ce rapport, elle me paraît être notablement supérieure à celle de Lewin, qui a eu 25 pour 100 de récidive, mais elle est bien supérieure au traitement par le protoiodure et la liqueur de Van Swieten. 8° Les récidives sont, en règle très-générale, d'une bénignité remarquable et réclament pour leur guérison un petit nombre d'injections. Il n'est pas rare au contraire, pour le traitement par le protoiodure et par la liqueur, de voir des récidives aussi graves que les premières manifestations. 11° Elle permet plus que les autres de pallier à des accidents pressants, en faisant 4, 6 injections successives, dans les cas, par exemple, d'iritis graves, de plaques muqueuses du larynx.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. Panas présente un malade portant un enchondrome du 2° métacarpien, et demande l'avis de ses collègues sur le parti à prendre. MM. Demarquay, Després, Verneuil et Le Fort pensent que l'on peut tenter l'ablation de la tumeur avec l'os sur lequel elle repose. Il faut prévenir le malade que l'amputation des 2° et 3° métacarpiens avec

les doigts correspondants pourra être faite séance tenante, car c'est le parti que vraisemblablement le chirurgien sera obligé de prendre pendant l'opération.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 9 JUIN 1869

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine.

Des luxations coxo-fémorales, soit congénitales, soit spontanées, au point de vue des accouchements, par le docteur Guéniot. Thèse de concours pour l'agrégation en accouchements. — Remerciments.

La Cochinchine géographique et médicale, par le docteur Jules Gimelle. — *Disjonction de l'os molaire, avec semi-luxation en arrière; paralysie du nerf sous-orbitaire, etc. Guérison*, par le docteur Sonrier. *Étude sur la trépanation du crâne dans les lésions traumatiques de la tête*, par M. Larrey, extrait des *Mémoires de la Société de chirurgie* (tome VII). — Remerciments.

M^{me} veuve Foucher offre à la Société l'ouvrage de notre regretté collègue E. Foucher : *Traité du diagnostic des maladies chirurgicales* (tome 1^{er}, 1^{re} et 2^e parties). — Des remerciements seront adressés à M^{me} Foucher.

COMMUNICATION

M. LIÉGEOIS termine sa communication sur le traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de bichlorure de mercure :

Les seules objections qu'on puisse faire à la méthode hypoder-

mique telle que je l'emploie, c'est qu'elle donne lieu à un peu de douleur au niveau du point injecté et qu'elle réclame pour guérir une moyenne de 37 jours. Mais pour la douleur, quand elle existe, elle est très-supportable et s'atténue de plus en plus. 8 sujets seulement se sont refusés à l'emploi des injections pour cette cause; le nombre de sujets qui se refusent aux pilules de protoiodure ou à la liqueur est, sans contredit, infiniment plus considérable. Quant au temps nécessité pour la guérison, s'il est plus faible que pour le traitement par le protoiodure et par la liqueur, il est plus long que celui de Lewin, qui ne réclame que 15 à 20 jours. Mais l'inconvénient de la durée du traitement est largement compensé par les plus grandes chances de guérison durable.

J'ai laissé de côté à dessein un des avantages de la méthode hypodermique, parce que celui-ci va servir de base à la partie en quelque sorte physiologique de mon sujet. Aucun traitement, ni tonique, ni mercuriel, n'intervient aussi efficacement que les injections hypodermiques de sublimé à petite dose sur l'état de la nutrition chez les sujets syphilitiques.

Frappé de l'embonpoint qu'ils présentaient, j'ai eu l'idée de peser à leur entrée et à leur sortie un certain nombre de malades mis aux injections; après quoi j'ai pesé, pour avoir des termes de comparaison, des sujets mis à d'autres traitements.

Les poids que je vais donner sont des moyennes prises sur la défalcation générale des pertes et des gains, et rapportées à un sujet.

Inutile de dire que toutes les précautions ont été prises pour que les malades se présentassent à la balance toujours avec le même vêtement, qui, dans la généralité des cas, consistait en leur simple chemise :

1 sujet non syphilitique mis au régime ordinaire de l'hôpital gagne 542 grammes (nombre de sujets pesés, 16).

1 sujet syphilitique mis au régime ordinaire de l'hôpital perd 1,100 grammes (nombre de sujets pesés, 3).

1 sujet syphilitique traité par les toniques seuls a gagné 674 gr. (nombre de sujets pesés, 9).

1 sujet traité par les injections de sublimé seules a gagné 1,255 grammes (nombre de sujets pesés, 74).

1 sujet traité par les injections de sublimé et les toniques a gagné 2,037 gr. (nombre de sujets pesés, 13).

1 sujet traité par la liqueur de Van Swieten a gagné 640 gr. (nombre de sujets pesés, 9).

1 sujet traité par le protoiodure de mercure a perdu 362 gr. (nombre de sujets pesés, 17).

On voit donc par ce tableau l'énorme différence qu'il y a dans l'augmentation de poids des sujets syphilitiques soumis aux injections de sublimé à petites doses et comparés à ceux mis aux toniques, à la liqueur, au protoiodure. C'est là assurément un avantage dont on doit tenir grand compte dans l'application des divers moyens employés contre la syphilis, surtout quand il s'unit à celui d'augmenter rapidement les forces et d'activer toutes les fonctions de l'organisme. Un certain nombre d'auteurs ont déjà signalé l'influence reconstituante du mercure chez certains sujets syphilitiques, mais ces auteurs étaient portés à croire que, dans ces cas, le mercure ne relevait les forces de l'organisme, n'augmentait l'embonpoint, que parce qu'il agissait sur le virus syphilitique, cause des désordres nutritifs et fonctionnels. La syphilis étant guérie, l'activité de la nutrition augmentait.

Afin de juger cette question, j'ai fait des injections de sublimé à petites doses sur l'homme et sur l'animal sains. 4 sujets porteurs de chancres mous ont été mis aux injections avec notre dose habituelle de deutochlorure. En moyenne, le sujet a gagné 3662 grammes, chiffre bien supérieur à celui de 1255 grammes, poids moyen d'un sujet syphilitique mis aux injections, même bien supérieur à celui de 2037, poids moyen d'un sujet mis aux injections et aux toniques.

Deux lapins, ayant acquis leur développement complet, ont reçu chaque jour une injection contenant 1 milligramme de sublimé, depuis le 17 février jusqu'au 9 avril. L'un de ces lapins a gagné 650 grammes, l'autre 1000 grammes. Du 9 avril au 3 juin, les injections sont continuées; le premier n'a ni gagné ni perdu; le second a encore gagné 150 grammes.

Une lapine a été mise aux injections de 1 milligramme, depuis le 23 juin jusqu'au 10 août. On s'aperçut, dans l'intervalle, qu'elle était pleine; elle met bas, avant le 10 août, 6 petits bien portants. Malgré la gestation, elle avait gagné 220 grammes le 10 août.

Un lapin de cette portée, en voie d'accroissement, a été mis aux injections de 1 gramme chaque jour, du 10 décembre au 1^{er} novembre. Pendant ce temps il a augmenté de 650 grammes. Un autre lapin de la même portée n'a pas été mis pendant le même temps aux injections, et a été pesé à la même époque que le précédent; ce second n'avait augmenté que de 550 grammes : différence, 100 grammes par rapport à l'autre.

Sur un autre lapin, au lieu d'injecter 1 milligramme de sublimé,

j'en ai injecté 2 milligrammes, depuis le 2 août jusqu'au 2 juillet; ce lapin a perdu 750 grammes pendant ce temps. Le 28 juin, il était d'une faiblesse extrême; c'est à ce moment qu'il a été pesé. Le 2 juin, il est trouvé mort.

Enfin, j'ai voulu savoir quelle dose de sublimé était nécessaire pour tuer un lapin avec la solution que j'employais habituellement; cette dose a été de 25 centigrammes pour 90 grammes d'eau.

On voit donc, d'après ces expériences, que le sublimé, et probablement tous les sels mercuriels, peuvent agir sur l'organisme sain de trois façons, suivant les doses données; à petite dose, le mercure est reconstituant; à dose plus forte, il débilite; à dose plus forte encore, il est toxique. Or, si à petite dose il est reconstituant, chez les sujets sains comme chez les sujets syphilités, il est bien certain que chez ces derniers l'activité du travail d'assimilation nutritive n'est pas une conséquence de la guérison de la syphilis, mais bien le résultat d'une action particulière du sel mercuriel sur la propriété de nutrition.

L'augmentation des phénomènes nutritifs étant constatée, je dois me demander de quelle valeur pouvait être cet élément dans l'action curative du sublimé chez les syphilitiques. Le tableau que je présente à la société permet de constater qu'en général les malades sortis guéris ont augmenté de poids, rarement ils ont diminué; il est donc probable que la suractivité du travail d'assimilation nutritive, cause de cette augmentation de poids, joue un rôle très-important dans la guérison de la syphilis. Mais, comme d'un autre côté on voit dans ce tableau que des malades sont sortis seulement améliorés quoiqu'ils aient reçu autant d'injections que beaucoup d'autres sortis guéris; comme on voit, d'autre part, que quelques malades sont sortis guéris quoiqu'ils aient diminué de poids; comme on voit enfin des malades qui ont eu des récidives malgré une augmentation de poids assez notable, il est bien évident que là n'est pas tout entière la question. Du reste, tous les malades guéris et n'ayant pas eu de récidive auraient-ils augmenté de poids, qu'il serait impossible avec cette seule donnée de formuler une théorie, quelle qu'elle soit, de l'action curative du sublimé à petite dose dans le traitement de la syphilis.

Je me suis demandé dès lors si, portant mon attention sur le second facteur de la nutrition, la désassimilation, je n'arriverais point à quelques résultats plus instructifs. Sur ma demande, M. Byasson, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi, a bien voulu, chez quatre sujets syphilitiques soumis aux injections du sublimé, se livrer

pendant le traitement à l'analyse des urines. Chaque jour il a pesé les urines de vingt-quatre heures, s'est assuré de leur densité, a recherché la quantité de matières solides et d'urée qu'elles contenaient. De plus, les malades ont été pesés chaque huit ou dix jours. Or, les tracés graphiques que je présente démontrent que la quantité d'eau a été notablement augmentée, ainsi que la densité, ainsi que les matières solides. L'urée seule a présenté de grandes oscillations en hausse et en baisse pendant le traitement. On voit encore que la quantité des matières solides s'est accrue aussi bien quand les malades augmentaient de poids que quand à un certain moment ils diminuaient. Parmi ces quatre malades, il en est un chez lequel l'eau, la densité, les matières solides, sont représentées par des chiffres plus faibles que les autres ; or, fait remarquable, celui-là a récidivé, et les autres non. Ainsi donc en même temps que, sous l'influence du sublimé à petites doses, le travail de nutrition est activé, le travail de dénutrition l'est aussi, dans des proportions cependant moins considérables que le premier, puisque l'individu augmente en poids. N'est-on pas dès lors en droit de penser que, le mercure favorisant l'apport de matériaux nouveaux, le départ de matériaux anciens opère une rénovation relativement rapide des principes immédiats du sang des tissus, et que c'est à cette rénovation qu'est due la disparition de l'état morbide constitutionnel de la syphilis ? Dans cette manière de voir, la syphilis ne peut, par conséquent, être considérée à juste titre comme un trouble survenu dans le travail nutritif sous l'influence de la pénétration d'une matière virulente dans l'organisme, trouble qui va jusqu'à l'aberration en donnant naissance à des productions hypergénétiques. Mais si le sublimé à petite dose active les phénomènes nutritifs et généraux à l'avantage du phénomène d'assimilation, il n'agit pas d'une façon semblable sur toutes les parties de l'organisme syphilité ; ce rapport est renversé pour les tissus morbides qui représentent les manifestations apparentes de la syphilis. Ainsi que je l'ai dit, en effet, sous l'influence seule du sublimé, introduit sous la peau d'une partie quelconque du corps, ces productions nouvelles disparaissent ; le travail de désassimilation chez elles l'emporte par conséquent sur le travail d'assimilation. J'ai pu, de plus, m'assurer que des injections de sublimé, poussées sous des plaques muqueuses, faisaient disparaître ces plaques en quelques jours. Enfin, j'ai suivi presque pas à pas la régression des éléments nucléaires ou cellulaires embryoplastiques dans les plaques muqueuses et dans les syphilides cornées jusqu'à

la disparition complète de ces éléments. Il est à remarquer toutefois que ces deux modalités de la nutrition, différentes dans les tissus en apparence sains, et dans les tissus hyperplastiques, ne marchent pas toujours de front et n'aboutissent pas toujours au même instant à leur résultat curatif, sous l'influence du sublimé à petites doses. Ainsi, souvent les manifestations secondaires disparaissent rapidement, alors que l'état général constitutionnel n'est pas encore suffisamment modifié pour mettre à l'abri des rechutes, si le traitement est discontinué. C'est là ce qui explique ce fait, que l'on peut ériger en loi, que plus les manifestations secondaires de la syphilis guérissent vite, plus les récidives sont imminentes.

Nous avons à nous demander maintenant pourquoi le traitement par le protoiodure de mercure, par la liqueur de Van Swieten, n'a pas la même efficacité que le traitement par les injections de sublimé à petite dose ; pourquoi aussi les toniques, qui sont des reconstituants, n'ont pas non plus les mêmes avantages. Pour le protoiodure et la liqueur, le poison me paraît résider dans la dose énorme de médicament que l'on fait pénétrer dans l'organisme. Faisons remarquer que 14 centigrammes de sublimé constituent la moyenne des doses qui, par mon procédé, suffisent à la guérison, tandis qu'un sujet qui prend pendant trois mois deux pilules de protoiodure de mercure, contenant chacune 5 centigrammes, ingère 9 grammes de protoiodure. Dans le même espace de temps, un sujet qui prend deux cuillerées de liqueur Van Swieten par jour (chaque cuiller contenant 1 centigramme de sublimé) ingère de 1 gramme 80 centigrammes de sublimé. Or, ces fortes doses de substance, par rapport à celle que j'emploie avec le sublimé, altérant la constitution du sang, sont sans doute la cause pour laquelle le travail d'assimilation au moins est diminué ; et nous avons vu que ce travail était d'une grande importance pour la rénovation moléculaire, de laquelle paraît dépendre la guérison de la syphilis.

Ce qui vient surtout à l'appui de cette opinion, c'est que la liqueur de Van Swieten, donnée à plus petite dose que le protoiodure, d'après un grand nombre de praticiens, a une efficacité supérieure à cette dernière médication, quoique cependant elle trouble davantage les fonctions digestives ; or nous avons vu que les malades mis au sublimé, en général, engraisaient, tandis que les malades mis au protoiodure diminuaient de poids.

Pour les toniques, si l'on n'avait égard qu'aux effets reconstituants généraux du sublimé à petites doses, on pourrait ranger le mercure dans la même classe de médicaments que ceux-ci. Mais au point

de vue de leur mode d'action sur l'organisme syphilitisé, ils paraissent différer radicalement.

Les toniques, en effet (amers, quinquina, fer), semblent n'agir qu'en augmentant l'activité des fonctions digestives; de là une restitution au sang et aux tissus de matériaux nouveaux réparateurs, qui concourent par conséquent à activer l'énergie des actes nutritifs. Le sublimé à petite dose, au contraire, ne paraît avoir d'action qu'en augmentant par sa présence l'activité nutritive des tissus; c'est du moins ce que paraît démontrer l'injection hypodermique faite au-dessous des plaques muqueuses; c'est ce que démontre aussi la rapidité de la guérison de celles-ci sous l'influence du badigeonnage avec une solution faible de sublimé. Si cette idée, la seule qui, d'après ces observations, puisse venir à l'esprit, est juste, elle appuie les idées de Virchow sur l'irritabilité nutritive que j'ai combattue dans mon livre de physiologie, parce qu'elle me paraissait reposer sur des expériences fort discutables. Si différent que soit ce mode d'action du sublimé à petite dose et des toniques, il n'en est pas moins vrai que les uns et les autres agissent sur la propriété de nutrition; seulement les degrés d'action sont différents, et ce qui le prouve, c'est l'embonpoint plus considérable des sujets sous l'influence des injections; c'est aussi que les toniques ne guérissent jamais les manifestations secondaires de la syphilis, à moins que l'intervention d'un traitement local fasse disparaître préalablement celles-ci, véritables foyers d'infection pour l'organisme, tant qu'elles subsistent. Quand les accidents secondaires ont disparu avec un traitement local approprié, seulement alors les toniques peuvent, par leur action indirecte sur le travail nutritif, activer suffisamment celui-ci pour guérir la syphilis, mais toujours au prix d'un traitement de longue durée.

Si le sublimé injecté sous la peau à petite dose n'agit que sur la propriété nutritive des tissus, on comprend le vaste champ d'application dont est susceptible la méthode que j'applique aujourd'hui au traitement de la syphilis. Mais là où surtout elle me paraît devoir être d'une grande utilité, c'est dans les affections cutanées indépendantes de la syphilis; déjà j'ai traité avec le plus grand succès, par cette méthode, trois sujets atteints d'affections cutanées qui avaient été rebelles à d'autres traitements (sycoses de la lèvre et du menton, eczéma et ectyma généralisés), et ces trois sujets ont guéri avec un nombre assez limité d'injections.

Pour terminer, je dirai que si j'ai affecté dans mon langage une certaine assurance à propos des nombreux problèmes que soulève la syphilis étudiée par les injections hypodermiques, c'est que tous

mes résultats sont déduits de l'observation, en dehors de toute idée théorique préconçue. Toutefois, si puissantes que soient pour la valeur d'un sujet scientifique l'observation et l'expérience, on ne peut jamais être sûr d'être à l'abri de l'erreur, quand surtout il s'agit de questions subordonnées à autant de conditions que celle que j'ai abordée. Je reconnais, de plus, que le nombre de mes observations n'est considérable qu'en apparence, et je fais les vœux les plus grands pour qu'elles se multiplient dans d'autres mains que les miennes, prêt à abandonner mes vœux si elles me sont démontrées inexactes.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. LÉON LABBÉ. J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société une malade que j'ai examinée avec mon collègue et ami M. Tillaux. Il s'agit d'une femme qui porte à la partie supérieure, antérieure et droite du crâne, une tumeur volumineuse, bilobée, non réductible, non pulsatile, fluctuante dans une partie de son étendue, et offrant, au niveau de la base de son plus grand lobe, des parois très-résistantes.

Cette malade a été examinée déjà par un grand nombre de chirurgiens français et des chirurgiens étrangers. L'avis à peu près unanime n'a pas été favorable à l'idée d'une intervention chirurgicale.

M. Tillaux et moi, nous avons posé le diagnostic entre deux espèces de tumeurs : 1° vastes kystes sébacés avec dégénérescence des parois ; 2° tumeur fibro-plastique ayant pris naissance aux dépens du périoste du crâne. Nous avons tous les deux une grande tendance à rejeter l'existence d'une tumeur fongueuse de la dure-mère, et nous désirons avoir l'opinion de nos confrères relativement à la possibilité d'une intervention chirurgicale.

Catherine K..., 61 ans, boulangère (Moselle), entre le 1^{er} juin.

Elle présente, sur la partie droite et supérieure de la tête, une énorme tumeur pour laquelle elle vient demander les soins des médecins de Paris. Cette femme, qui semble jouir d'une robuste constitution et n'a jamais fait de maladie en dehors de son affection actuelle, présente encore un embonpoint et une coloration de la peau qui dénotent un tempérament sanguin avec intégrité complète de la santé générale. Le début de la tumeur remonte, d'après la malade, à vingt ans. Elle se serait, à cette époque, heurté la tête contre une porte ; et ce choc, sans produire de solution de continuité, aurait

été suivi de douleurs pendant une période de trois semaines environ. Ce n'est qu'un an après ce choc que la tumeur a commencé à paraître, grosse d'abord comme un pois, puis, trois ans après, comme une noisette. C'est à cette époque qu'un médecin rappelle à la malade qu'elle avait dû recevoir un coup sur la tête.

La tumeur, à son début, était située à peu près au niveau de la suture temporo-fronto-pariétale. Complètement immobile sur les parties profondes, mobile sous la peau, cette tumeur s'est développée progressivement et lentement, de manière à acquérir, il y a dix ans, le volume d'une noix ; il y a cinq ans, celui d'une petite pomme. Il y a quatre ans, la malade pouvait l'embrasser et la couvrir avec le creux de la main. Il y a trois ans que la progression est beaucoup plus rapide. La tumeur principale a rapidement pris, depuis lors, le volume des deux poings, et un prolongement a paru à sa partie interne, augmentant de beaucoup encore le volume total. Pendant toute cette période de développement de la tumeur pas plus qu'avant son apparition, la malade n'éprouva de douleur d'aucune sorte, ni de troubles cérébraux, ni chutes, ni éblouissements, ni bruits anormaux de l'ouïe, ni troubles visuels, ni paralysies ; en un mot, la santé générale n'a jamais souffert de la présence de la tumeur.

Examen de la tumeur. — Située au niveau de la partie droite de la tête, immédiatement en arrière du front, et recouvrant toute la fosse temporale. Limité en bas par l'oreille, l'arcade zygomatique, l'os malaire, le contour de la tumeur passe en dehors du rebord orbitaire externe, pour s'étendre sur une très-petite portion du front, en haut et à droite ; de là, il se recourbe en arrière, en passant à trois travers de doigt de la ligne médiane, atteint la suture-fronto-pariétale et redescend au niveau de l'oreille.

La forme de la tumeur est celle de deux lobes assez irrégulièrement arrondis. Le lobe interne, le plus récent, est implanté sur le lobe primitif, dont il dépasse très-peu la circonférence du côté externe. Ce lobe secondaire, très-régulièrement arrondi, date de trois ans. Il présente un pédicule d'un diamètre un peu inférieur à celui de la tumeur. Le lobe primitif est au contraire plus large à sa base. La surface des deux lobes est recouverte par de la peau saine, tendue, sous laquelle rampent des vaisseaux veineux assez volumineux, mais en nombre restreint ; des battements indiquent la présence d'une artère située à la partie antérieure de la tumeur principale. Diamètre : à la base de la tumeur antéro-postérieure, 9 centimètres ;

transversal, 12 centimètres. Circonférence à la base, 36 centimètres. Les diamètres de la tumeur secondaire sont de 6 centimètres.

La palpation de la tumeur donne une sensation de mollesse de toutes les parties proéminentes, avec une couronne très-dure, résistante, entourant la base. Cette couronne, limitée par un rebord net du côté de la tumeur, se continue insensiblement avec la surface osseuse du crâne, à la périphérie; à partir de la circonférence, elle s'élève en plan incliné jusqu'à son rebord interne. La base du pôle lobe interne ne présente pas une base aussi indurée.

Les battements qu'on perçoit sur la tumeur se trouvent le long d'une ligne oblique située à la partie antérieure et dans une ligne correspondant à une artère d'un petit volume. On ne perçoit pas d'expansion de la tumeur, qui, de même, est complètement irréditable. On entend, par l'auscultation immédiate, un très-léger bruit de souffle simple qui se renforce à mesure qu'on se rapproche de l'artère dont on a perçu les battements.

Dilatations des veines coronaires des paupières, du côté droit, se continuant avec les dilatations superficielles des veines de la tumeur.

La tumeur est d'ailleurs complètement indolore. La malade, dont la santé n'a jamais subi aucune atteinte, n'a pas même éprouvé de troubles visuels, malgré le voisinage qu'affecte avec l'œil droit la tumeur et les varicosités des paupières qu'a produites sa présence.

M. MARJOLIN. Quelques-uns de nos collègues peuvent se rappeler avoir vu, il y a quelque vingt-cinq ans, à la clinique de Lisfranc, une jeune fille de 16 à 18 ans, portant une tumeur tout à fait analogue à celle que porte la malade de M. Labbé. Dieffenbach et mon père, qui avaient été consultés d'abord, avaient émis l'opinion qu'il fallait s'abstenir de toute opération; car, malgré une mobilité plus apparente que réelle, il leur semblait que la tumeur devait avoir son point de départ dans le crâne. Lisfranc s'abstint également de toute opération; la malade succomba à des accidents de compression cérébrale. La tumeur était constituée par un cancer venant des méninges.

Il y a ici une artère volumineuse à la base de la tumeur, qui sans doute n'arrêterait pas, par crainte d'hémorrhagie, mais qui témoigne de la vascularité de toute cette masse. En haut on sent comme une coque osseuse qui se continue avec la boîte crânienne, ce qui n'existe pas en bas; il semble que cette tumeur ayant une origine profonde soit venue faire hernie à travers la boîte osseuse.

M. GUÉRIN. Je crois qu'il y aurait la plus grande imprudence à

intervenir dans un cas pareil ; si on se décidait à une opération, je serais peu étonné d'apprendre que le bistouri a conduit l'opérateur jusqu'au cerveau ou du moins jusqu'à ses enveloppes. La longue durée de la maladie ne préjuge rien ici sur sa nature ; il est des tumeurs de la dure-mère qui mettent quinze ou vingt ans à arriver à un volume considérable. Dans un cas où j'ai cru pouvoir opérer par suite de l'absence de paralysie, de symptômes cérébraux, j'arrivai cependant sur une ouverture de la boîte crânienne. J'avais affaire à une tumeur de la dure-mère.

M. LARREY. Un diagnostic précis me paraît difficile à formuler. La vascularisation des parties qui avoisinent la tumeur, et de la tumeur elle-même, me porterait à la ranger dans la classe des fungus, hématoses, décrits par Wardrop et par Warren. Mais au point de vue du traitement, je crois qu'il n'y a lieu de tenter aucune opération.

M. TRÉLAT. Le développement considérable des veines qui, pour la plupart des plus importantes, sont sous la dépendance de l'ophthalmique, ne me paraît pouvoir être expliqué que par une compression à l'intérieur du crâne ou de l'orbite ; ainsi je ne crois guère qu'on puisse attribuer à la tumeur un caractère d'extériorité, je suppose qu'elle prend naissance dans des kystes sébacés. Cette opinion, qui peut surgir à l'instant où on voit la tumeur pour la première fois, cède à un examen même rapide.

M. VERNEUIL. J'ai observé une malade, âgée de 25 ans, portant une tumeur analogue, mais ulcérée à sa surface ; c'était une tumeur fibro-plastique nucléaire, un sarcome, c'est-à-dire une de ces tumeurs qui peuvent persister longtemps sans entraîner d'accidents mortels. Comme mes collègues, je crois qu'il faut s'abstenir de toute intervention.

M. LABBÉ. La tumeur, observée avec le plus grand soin, ne nous a pas donné de bruit de souffle ; quant à cette coque osseuse dont parle M. Marjolin, je crois qu'on peut l'attribuer à des jetées osseuses naissant du périoste. Notre dessein, à M. Tillaux et à moi, était, non pas d'intervenir par une opération, mais de tenter une ponction exploratrice avec un trocart capillaire dans la plus petite des tumeurs.

MM. DEMARQUAY et VERNEUIL croient que cette tentative doit être abandonnée comme aussi dangereuse par ses suites que l'opération elle-même.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Arrêt du testicule droit dans le canal inguinal, où il reste fixé par une bride épiploïque derrière laquelle une anse intestinale est venue s'étrangler, d'où péritonite et mort.

— M. DEMARQUAY. Le 2 juin, un enfant de 15 ans est entré dans mon service avec une péritonite des plus évidentes. Il raconte que quinze jours avant son entrée il fit une chute à la suite de laquelle il éprouva de vives douleurs dans le ventre. Il fallut le reporter chez lui. Depuis ce moment il ne cessa de souffrir. Des sangsues furent appliquées au niveau du canal inguinal droit. Au moment de son entrée nous avons constaté un grand ballonnement du ventre, des vomissements verdâtres et la continuité des garderobes, la face grippée, et le pouls petit, fréquent et filiforme. Au-dessus du pli de l'aîne droite, il existe une petite tumeur formée par un corps arrêté dans le canal inguinal. Cette tumeur a le volume d'un œuf, elle n'est point douloureuse à la pression; la péritonite est évidente, mais le parcours de l'intestin est libre.

Je me demande quelle a pu être la cause de cette péritonite. La mort, qui arrive au bout de quarante-huit heures, nous permet de constater : 1° que le testicule droit atrophie est arrêté dans le canal inguinal du même côté, et que là il est entouré par une espèce de membrane séreuse de nouvelle formation.

2° Le testicule est fixé dans le canal inguinal par une bride épiploïque qui ferme en même temps l'orifice supérieur du canal.

3° Entre cette bride épiploïque et la paroi antérieure de l'abdomen, une anse intestinale a été pincée dans une faible partie de son étendue. C'est le pincement de l'intestin qui à la longue a amené la péritonite généralisée, à laquelle notre petit malade a succombé.

4° Le pincement de l'intestin ne s'opposant point au parcours des matières intestinales et des gaz, de sorte que si contre toute raison on avait fait ici la gastrotomie, l'on n'aurait point évité la péritonite et l'on n'aurait point eu pour se guider le développement des anses intestinales situées au-dessus de la poche pincée, puisque le pincement de l'intestin ne s'opposait point dans le cas particulier au parcours des gaz. A ce sujet, M. Demarquay fait observer que la vacuité de l'intestin au-dessous de la portion pincée de l'intestin n'est point un signe certain, attendu que les gaz intestinaux sont formés dans tout le parcours de l'intestin, et que, dans un cas particulier, il lui

est arrivé, dans un cas d'étranglement interne situé assez haut sur le parcours de l'intestin, d'ouvrir une anse d'intestin très-distendue et située bien loin de l'étranglement.

A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 16 JUIN 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *Le Bulletin général de thérapeutique.* — *La Gazette médicale de Strasbourg.*

— *Plaies du larynx, de la trachée et de l'œsophage, leurs conséquences et leur traitement*, thèse de concours pour l'agrégation, par le docteur Paul Horteloup.

— *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Toulouse*, brochure par le docteur Bateil, professeur à l'École de médecine de Toulouse.

— M. le docteur Gadaud, ancien interne des hôpitaux, adresse pour le concours du prix Duval deux exemplaires de sa thèse inaugurale : *Étude sur le Nystagmus.*

— M. Trélat offre à la Société : 1° *De la trachéotomie dans les lésions syphilitiques des voies respiratoires*; — 2° *De l'hypertrophie unilatérale partielle ou totale du cœur*, par MM. Trélat et Monod.

— M. Christôt adresse un travail intitulé : *Tétanos traumatique et névrotomie*. Renvoyé à MM. Tillaux, Desprès et Cruveilhier.

— M. Achille Bonnes envoie une observation de *Polype nasopharyngien opéré par un nouveau procédé*. — Renvoyé à M. Heuel.

Discussion sur le traitement de la syphilis.

(SUITE.)

M. DESPRÉS. M. Liégeois vous a entretenus d'une méthode de traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de sublimé, méthode appliquée par MM. Scarenzio et Lewin. Il nous a soumis une statistique et des chiffres. Depuis deux ans, j'attendais une statistique; elle se présente, je m'y attache avec d'autant plus de plaisir que je l'ai longtemps attendue.

La méthode des injections sous-cutanées était prévue du jour où l'on a mis en usage la méthode hypodermique pour l'introduction des médicaments dans l'économie. C'est encore un nouveau mode de traitement par le mercure qui vient apporter la confusion dans la thérapeutique de la syphilis par les mercuriaux.

Je laisse de côté les statistiques de MM. Lewin et Scarenzio; il y a des diagnostics dont je ne suis pas sûr. Je me borne à examiner la statistique française, celle de M. Liégeois. Notre collègue diagnostique comme nous. D'ailleurs, il n'y a pas de pays où l'on connaisse mieux la syphilis qu'en France, pas de ville où on l'étudie mieux qu'à Paris et à Lyon. La statistique française suffit.

Je vais examiner rapidement devant vous la statistique de M. Liégeois, les effets des injections, et, comme réponse principale aux propositions de notre collègue, je donnerai ma statistique de l'hôpital de Lourcine, que je préparais au moment où cette discussion vient d'être commencée.

L'hôpital du Midi, messieurs, nous a déjà fourni des surprises, des événements inattendus, et je me souviens encore de l'enthousiasme de M. Panas pour les frictions mercurielles, qui lui paraissaient, à cet hôpital, d'un si heureux effet.

M. Liégeois nous a dit qu'il avait obtenu des résultats magnifiques des injections de sublimé pendant l'année 1868-1869. Du 15 janvier 1868 au 15 janvier 1869, il y a eu 127 malades guéris, sur lesquels 9 récidives seulement ont été observées (je prends la statistique dans ce qu'elle a de plus favorable). M. Liégeois a donné des chiffres de récidive plus élevés dans la dernière séance; je me contente de la statistique la plus favorable. C'est à l'aide d'une moyenne de 66 injections de 0 gr. 002 de sublimé qu'il a guéri ses malades.

Et d'abord, qu'a guéri M. Liégeois? Des malades que M. Panas a dit avoir guéris par une moyenne de 19 frictions mercurielles, ce qui, entre parenthèse, était bien plus prompt. Or, ce que M. Panas avait

guéri, c'étaient des plaques muqueuses, des chancres qui, par de simples cautérisations, guérissent en quinze jours ou trois semaines. C'étaient encore des syphilides papuleuses légères qui arrivent presque en même temps que des plaques muqueuses et guérissent presque aussi vite. Je ne parle pas des syphilides cornées auxquelles M. Liégeois a fait allusion et qu'il a décrites dans sa seconde communication ; j'ai compris qu'il s'agissait de croûtes sur des plaques muqueuses de la peau, et ces lésions guérissent assez vite seules, à l'aide de quelques topiques légèrement caustiques. J'ai fait le service à l'hôpital du Midi, lorsque j'étais au bureau central ; je connais le genre de malades qui sont reçus au Midi. Des chancres douteux, des plaques muqueuses de l'an us et de la gorge, des syphilides papuleuses légères, voilà le gros des malades, et toutes ces lésions guérissent en peu de temps. Il y a des cas rebelles ; M. Liégeois en a eu, nous allons les retrouver tout à l'heure. M. Liégeois vient de vous présenter un malade qu'il trouve déjà amélioré par les injections et qu'il compte guérir vite. C'est un cas de syphilide squameuse psoriasiforme qui vient d'être traitée pendant 4 mois à Saint-Louis par du sirop de Gibert. L'éruption est encore dans sa période d'état. Abandonnées à elles-mêmes, ces éruptions durent 6 mois si l'on a soin de donner de fréquents bains au malade et si l'on touche avec la teinture d'iode les plaques qui sont sur le visage. Traitées par les mercuriaux, les rougeurs pâlissent, mais la désquamation persiste, et le mal dure plus longtemps que si on l'avait abandonné à lui-même. M. Liégeois peut traiter ce malade par les injections, le mal a déjà 4 mois de durée ; encore 2 à 3 mois sont nécessaires à la guérison, sauf une récurrence imminente. J'attends que M. Liégeois présente ce malade dans 2 mois. Il verra alors où en sera son malade après une vicissitude d'injections de sublimé et de repos ; je lui prédis que la syphilide offrira encore de la désquamation, et qu'elle ne sera pas guérie.

Pour ce qui est des chiffres de la statistique de M. Liégeois en eux-mêmes et que j'accepte, je dis que sa statistique donne 9 récidives sur 127 malades déclarés guéris. Vous verrez plus loin que cette proportion est un peu moins bonne que la mienne (il est toujours question des récidives observées dans le service de M. Liégeois et des récidives observées dans mon service). Mais je vais plus loin. J'ai jeté sur la statistique de M. Liégeois un coup d'œil de contradicteur, et j'y ai trouvé deux chiffres qui ne m'avaient pas frappé en entendant sa communication. A côté de 9 récidives sur 127 malades guéris, j'ai vu 20 récidives sur 69 malades améliorés. J'appelle

votre attention sur ces chiffres; c'est là que se trouvent les cas défavorables à la méthode de traitement, car dans le nombre des améliorés il y a, M. Liégeois vous l'a dit, des malades qui ont reçu 100 et 110 injections de sublimé. Si je compare mes chiffres à ceux de M. Liégeois, vous allez voir une différence. Je compte mes récidives en bloc; je dis, sur 296 malades guéris ou améliorés ou non guéris traités par moi, j'ai eu dans mon service 27 récidives, ce qui me donne une proportion de récidives de 9.1 pour 100, tandis que si je réunis les malades guéris ou améliorés de M. Liégeois, j'arrive à un chiffre de 14.5 pour 100. Mais, messieurs, je n'en demande pas tant, l'égalité suffirait à ma démonstration.

M. Liégeois a dit avoir fait la comparaison entre le traitement tonique et le traitement par les injections. Il a traité, je crois, 9 malades par les toniques; est-ce un nombre suffisant? Je n'en sais rien, et c'est pour cela que je place mes malades au nombre de 296 traités par les toniques en comparaison de ceux qu'il a traités par le mercure en injection. Si j'ai bien retenu ce que nous a exposé M. Liégeois, il nous a dit qu'il avait traité des malades par les toniques, et qu'ensuite, voyant que le mal ne faisait point de progrès, il avait eu recours aux injections. Cela ne s'appelle pas traiter des malades par les toniques. Puis il a ajouté qu'il avait traité les cas simples par les toniques et le protoiodure. Mais ne vient-il pas à l'esprit qu'il s'agissait de malades au début d'une poussée, et que si M. Liégeois avait persisté encore une semaine ou deux dans l'emploi des toniques, la guérison serait survenue seule, ainsi que je le vois chez mes malades de Lourcine?

J'arrive à la question de l'embonpoint acquis par les malades traités par les injections de sublimé, et à cette proposition que le mercure donné à petite dose est tonique. Vous vous rappelez ce qui a été écrit sur ce tableau, les chiffres de l'embonpoint gagné par les malades soumis à divers traitements mercuriels; tous les malades gagnent quelque chose. Ceci a déjà été dit par M. Verneuil, et c'est, comme je le disais il y a deux ans, au régime de l'hôpital, qui est confortable eu égard à la nourriture de la population qui fréquente nos hôpitaux, et au repos, que l'on doit attribuer le meilleur état des malades après un séjour d'une semaine dans nos salles. Le mercure engraisser les malades! cela est-il possible? Est-ce que les ouvriers qui manient le mercure engraisser? Les expériences de MM. Overbeck et Kusmaul, les leçons de M. Sée, qui ont établi que le mercure enlevait de l'albumine au sang, dénourrissait les organes et arrêtaient les néoplasies, sont-elles devenues nulles ou n'étaient-elles

point l'expression de la vérité ? Pour ma part, je suis tout à fait édifié sur ce point. Le mercure, quand il est absorbé, altère plus ou moins le sang et cause la salivation, ce qui n'est certes pas une condition pour engraisser.

Mais voyons ce que nous disent les chiffres de M. Liégeois. C'est ici que nous trouvons comment, en voulant trop prouver, on prouve le contraire de ce que l'on veut avancer.

16 malades ont été mis au simple régime de l'hôpital, 9 aux toniques, 74 aux injections de sublimé, 19 aux injections et aux toniques, 30 à la liqueur de Van Swieten ; je prends trois groupes de chiffres.

Ces malades, soumis au régime tonique, ont gagné, du quinzième au trentième jour, 1,950 grammes, et du trentième au soixantième jour, 328 grammes.

Les malades soumis aux injections ont gagné, du quinzième au trentième jour, 508 grammes ; du trentième au soixantième jour, 1,795 grammes.

Pour les malades soumis aux injections et aux toniques, il doit y avoir une combinaison de chiffres dans des proportions analogues. Il n'en est pourtant rien. Les malades soumis au régime tonique et aux injections de sublimé ont gagné dans le premier mois 1,446 gr., dans le second, 3,143 grammes. Si nous retranchons de ces nombres ce qui appartient aux injections seules, nous arrivons à trouver qu'il reste pour le régime tonique 938 grammes de gain pour la première période et 1,348 pour la seconde. Ce qui n'est ni les chiffres ni la proportion indiqués plus haut et attribués au régime tonique. Il y a, de toute évidence, des erreurs dans les expériences, puisqu'elles comportent des contradictions aussi visibles.

La liqueur de Van Swieten et le protoiodure sont traités par cette statistique d'une manière désespérante pour les partisans du mercure. Ces préparations font moins de bien aux malades que le régime ordinaire de l'hôpital. C'est un partisan du mercure qui vous le dit, constatez-le. Je n'ai pas même été aussi dur pour ces médicaments. Encore une nouvelle manière de donner le mercure qui traite les autres manières et les injections de sublimé en particulier comme la liqueur de Van Swieten vient d'être traitée, où en sera l'efficacité du mercure ?

Un mot sur l'embonpoint donné par les injections aux lapins que nous a montrés M. Liégeois. D'abord, je ne les ai point trouvés si gras. Celui qui a été sacrifié devant nous n'était pas très-gras ; il avait d'ailleurs dans le dos une ulcération large comme une pièce

de un franc, au point où avait été faite une injection de sublimé, et je ne sache pas que ce soit là une condition favorable à l'embonpoint. L'augmentation de poids du lapin a peu de valeur puisque nous ne savons pas s'il a été pris jeune ou vieux. Si le lapin était jeune, il était naturel qu'il augmentât de poids malgré les injections.

Les effets des injections de sublimé sont problématiques. Ce qu'il y a de plus certain, au moins pour ce que j'ai vu, c'est qu'elles causent des ulcérations. J'ai vu dans mon service deux malades que M. Liégeois avait soignées à Lourcine. Il leur avait fait 20 injections. Chez une malade, il y avait 11 ulcérations ou cicatrices d'ulcérations correspondant toutes à des injections. Ces malades avaient été traitées pour des plaques muqueuses, lesquelles avaient duré plus d'un mois, notons ce fait. Les plaques muqueuses cautérisées, chez les malades soumises au régime tonique, ne durent pas plus de 15 jours à 4 semaines, et je parle des cas les plus rebelles. Vous voyez quels effets ont eus les injections de sublimé dans ces deux cas. M. Hardy a mis en usage chez quelques malades les injections. J'ai vu une de ces malades. C'était une femme qui avait des plaques muqueuses et une syphilide papuleuse assez confluentes. En ville, elle avait pris des pilules de protoiodure pendant 6 semaines, et M. Hardy avait fait 14 injections. Il y avait des phlébites capillaires au niveau des piqûres et des ulcérations. Malgré cela, la malade avait encore des plaques muqueuses et sa syphilide papuleuse. Une des deux malades de M. Liégeois, traitée par 20 injections, avait pris ensuite des pilules de protoiodure pendant trois mois; elle est venue deux fois dans mon service, toujours avec des plaques muqueuses.

Les injections de sublimé agissent-elles réellement comme M. Liégeois les a appliquées à l'hôpital du Midi à dose moitié moins forte que celle qu'il a employée à l'hôpital de Lourcine? C'est ce que je vais discuter. Le sublimé est peu soluble dans l'eau, il l'est en faible proportion dans l'eau distillée parfaitement pure. Il précipite par les matières organiques. Est-on sûr d'en injecter toujours la même quantité? D'autre part, puisqu'il y a des ulcérations dans certains cas sur le même individu, tandis qu'en d'autres cas l'injection n'en cause pas, ne peut-on pas inférer de là qu'il y a inégalité d'absorption pour les injections d'un jour à un autre? D'ailleurs, puisque des injections plus faibles à l'hôpital du Midi causent moins d'ulcérations que n'en ont causé les injections plus fortes faites à l'hôpital de Lourcine, il faut en conclure que la dose du médicament est pour quelque chose dans le fait de l'ulcération. Pour moi, je pense que le sublimé est peu absorbé, qu'il ne fait pas plus que les autres prépa-

rations mercurielles lorsqu'il est absorbé, et que quand les malades ont absorbé un peu de mercure, quand ils n'ont pas d'ulcérations ni de salivation, ils en ont absorbé si peu que c'est comme s'ils n'en avaient pas absorbé.

M. Liégeois, au lieu de voir dans la syphilis une infection par un virus qui tend à s'éliminer seul, pense que la syphilis est une diathèse comme la scrofule; il pense neutraliser le mal par les injections. Mais il ajoute qu'il considère les accidents syphilitiques comme des foyers d'infection, ceci ne me paraît pas logique. Neutralise-t-on des foyers d'infection, même par des injections de sublimé ? Ne vaut-il pas mieux ouvrir, inciser un foyer d'infection ? Cette dernière pratique, messieurs, on la réalise en cautérisant les lésions syphilitiques. Une surface d'élimination apparaît, elle sert à éliminer sous forme de croûtes, de squames ou de débris épidermiques, des parties contaminées. En cautérisant, on hâte l'élimination, on active le travail commencé. C'est ce que je compte obtenir en cautérisant les plaques muqueuses et les syphilides de la face et des mains. Je crois être logique eu égard à la manière dont j'envisage la syphilis, et ce serait être logique dans l'hypothèse même de M. Liégeois, si l'on considère les accidents syphilitiques comme des foyers d'infection.

En résumé, les injections de sublimé ne me paraissent, d'après les faits, avoir aucun avantage sur les autres préparations mercurielles, si ce n'est qu'on donne à peine du mercure, et souvent pas du tout. Dans les cas les plus favorables, elles ne font rien de plus que le traitement tonique, uni à un scrupuleux traitement local des accidents; et, dans les cas graves, elles ne font ni plus ni moins que les autres traitements mercuriels, et pas plus que le traitement tonique.

Comme principal argument contre les injections sous-cutanées de sublimé, j'ai à donner la statistique des malades de mon service pendant l'année 1868-69.

Du 23 mai 1868 au 23 mai 1869, j'ai traité 296 malades syphilitiques. Des malades sont sorties du service pendant la même année, et c'est avec les pancartes des sortantes que je construis ma statistique. Sur ce nombre, 77 étaient des malades traitées antérieurement par le mercure, qui n'étaient pas guéries ou avaient des récidives. 27 malades avaient été antérieurement traitées dans mon service pendant un temps variable.

Les récidives de plaques muqueuses observées offraient ceci de particulier, que les malades dont les récidives étaient les plus éloignées et les plus multipliées étaient celles qui avaient été traitées

par le mercure. Il y avait eu des plaques muqueuses 3 ans, 2 ans et 15 mois auparavant. Plusieurs sortaient du service de M. Liégeois. Je n'ai point revu des anciennes malades traitées chez moi par les toniques. Je n'en ai point vu de 1865 et 1866, sauf deux malades dont je parlerai plus tard. Encore une vérification d'une de mes propositions de l'année dernière, que les traitements mercuriels font durer la période des plaques muqueuses.

Les malades qui avaient pris du mercure en avaient pris, 3 pendant 3 ans, 2 ans ou 10 mois. 7 avaient été traitées pendant 6 mois. 41 avaient pris du mercure pendant 4 à 2 mois ; 27 pendant 1 mois et moins.

Les malades qui ont été traitées sans mercure et qui sont revenues avec des récidives avaient été traitées par les toniques : 1 pendant 6 mois, 1 pendant 5 mois, 1 pendant 4 mois, 10 pendant 3 mois, 5 pendant 2 mois, 3 pendant 1 mois, 6 pendant moins de 1 mois. Sur ce nombre, 9 malades avaient été antérieurement traitées par le mercure, et la récidive était l'éternelle plaque muqueuse.

Parmi mes malades, 145 sont sorties avec la mention : guérie, sur leur pancarte ; 151 sont sorties sur leur demande ou sont parties non-guéries ou améliorées. Parmi les malades rentrées, 9 avaient été au nombre des guéries, 18 avaient été du nombre des améliorées et des non guéries. J'ai donc les proportions suivantes : 9 récidives pour 145 guéries, soit 6.2 pour 100 ; 18 récidives pour 151 améliorées ou non guéries, soit 11.8 pour 100.

Vous voyez les résultats : M. Liégeois vous annonce 9 récidives pour 125 guéris, soit 6.9 pour 100 ; j'ai 6.2 pour 100 de récidive. Constatons que les résultats des injections et des toniques sont à peu près les mêmes. Je le demande encore une fois : le mercure a-t-il fait mieux que le traitement tonique, lorsque nous prenons les mêmes éléments de comparaison ? Les chiffres sont là pour montrer que non, et je n'en veux pas plus pour constater l'inutilité du mercure.

Les récidives que j'ai observées chez mes malades étaient relativement bénignes, sauf deux malades qui ont eu des accidents tertiaires.

J'ai observé des syphilides généralisées, des roséoles papuleuses, des syphilides précoces. Elles ont guéri dans un temps différent. Les roséoles papuleuses ont guéri en 3 semaines, les syphilides papuleuses un peu confluentes et les plaques muqueuses de la peau, en 1, 2 ou 3 mois. J'ai observé 65 de ces syphilides : sur ce nombre, 18 fois, j'ai vu la syphilide naître chez des malades traités par les

toniques, et 14 fois je l'ai vue naître chez des malades qui avaient pris du mercure. Je rappelle ici que 219 malades étaient traités par les toniques, et 77 seulement avaient été traités par les mercuriaux. Parmi ces syphilides, celles qui apparaissaient aux époques normales où elles doivent se produire et qui ont une durée plus longue, j'ai fait la même remarque que l'année dernière. Chez les malades vierges de mercure, 6 syphilides ont duré, 3, cinq mois, 3, six mois. Chez les malades qui avaient pris du mercure, 5 syphilides ont duré, 1, cinq mois, 1, six mois, 2, sept mois, 1, huit mois. Ainsi les traitements mercuriels débiliteurs troublent l'évolution de la syphilide, et celle-ci évolue régulièrement quand on cesse le mercure.

J'ai observé 4 syphilides précoces, dont une syphilide tuberculeuse précoce, caractérisée comme l'on sait par des élevures du derme ayant la consistance et la forme de kéloldes; elles ont guéri en 6 mois et 6 mois et demi, sauf une qui existait chez une malade traitée antérieurement pendant 4 mois par du sirop de Gibert. Le mal a encore duré 3 mois et la malade a quitté l'hôpital guérie, conservant encore sur quelques points un peu de désquamation.

J'ai observé 6 iritis dont 3 doubles. Elles ont guéri en 10 ou 12 jours, par le moyen du collyre mydriatique, des vésicatoires aux tempes et des purgatifs. Et chez les malades qui avaient des iritis au moment de leurs règles, j'ai employé des sinapismes promenés sur les cuisses et les jambes. Une fois j'ai eu une complication de kératite en fusée chez une malade qui avait eu, avant sa syphilis, des ulcères de la cornée. Un hypopion est survenu, le mal a guéri après 3 ponctions de la cornée. Une autre fois, il y a eu une complication de choroïdite. C'était chez une malade qui avait eu autrefois une choroïdite avant d'être syphilitique; deux ponctions de la cornée, avec évacuation de l'humeur aqueuse, ont guéri la lésion; la vue a été conservée dans son intégrité.

J'ai vu, à côté de cela, une malade qui avait eu, avant d'entrer dans mon service, une iritis double, et qui avait été traitée par les préparations mercurielles; les iritis avaient duré 3 et 5 semaines. La comparaison peut être faite facilement.

En fait d'accidents tertiaires, j'ai eu deux de mes malades qui en ont présenté; ces deux malades, jointes à une troisième dont je vous ai parlé et à une autre qui a été traitée par le mercure après être sortie de chez moi, sont les seules malades qui aient eu des accidents tertiaires sur les 914 malades que j'ai traités de la syphilide depuis quatre ans que j'ai mon service à l'hôpital de Lourcine. La pre-

même malade est la fille Taron, que vous retrouverez dans mes précédentes statistiques. Elle a eu un ulcère à la jambe, guéri par la cautérisation et la compression; l'autre a eu une syphilide tuberculo-crustacée, qui a guéri par des lotions à la teinture d'iode.

J'ai vu des accidents tertiaires chez des malades qui avaient pris du mercure: une fois, des douleurs ostéocopes; une fois du tremblement mercuriel et des syphilides serpigneuses du voile du palais, une fois de l'ecthyma, une fois des petits ulcères des jambes dus à des gommès de la peau. Cette malade, traitée autrefois dans mon service, avait été traitée dans son pays par du mercure pour consolider, disait-on, sa guérison. Mais ce que j'ai vu de plus remarquable à cet égard, c'est la malade suivante: Une femme m'est amenée aveugle et paralysée, ayant deux rétinites syphilitiques et probablement une tumeur cérébrale. Mariée il y a quatre ans, elle avait gagné la syphilis avec son mari. Traitée aussitôt, elle a suivi pendant trois ans tous les traitements mercuriels possibles: protoiodure, liqueur de Van Swieten, sirop de Gibert, frictions mercurielles, fumigations de cinabre et iodure de potassium. Malgré cela, elle a mis au monde un enfant mort et macéré dix mois après son mariage. Elle a eu des boutons sur le corps, des iritis, et finalement une lésion cérébrale. J'ai traité cette malade par l'iodure de potassium en vain, et, il y a quelques semaines, cette pauvre femme a été réintégrée dans son département comme infirme par l'administration.

J'ai pu suivre, messieurs, un certain nombre de mes malades. Plusieurs de mes malades ont été revues bien guéries, et j'ai eu des malades qui sont venues dans mon service pour des maladies utérines et qui, deux ans et trois ans auparavant, avaient été traitées par les toniques dans mes salles pour des accidents syphilitiques dont elles ne portaient plus aucune trace.

J'arrive à la syphilis des femmes enceintes: j'ai eu pendant cette année 11 femmes enceintes qui ont accouché à l'hôpital.

5 avaient été traitées seulement par les toniques et leur accouchement a eu lieu de la manière suivante: 3 de ces malades, dont la syphilis remontait au début de la grossesse, ont mis au monde un enfant vivant, mort plus tard d'inanition faute de nourrice; 1 malade, qui avait gagné sa syphilis pendant sa grossesse, accoucha à terme d'un enfant mort et macéré; 1, qui avait gagné sa syphilis au début de sa grossesse, avorta à 6 mois. Toutes ces malades étaient enceintes pour la première fois.

6 avaient été traitées par le mercure une ou deux fois pendant leur

grossesse; 4 ont avorté à 6 et 7 mois, l'enfant était mort. De ces 4 malades, 1 avait pris en deux fois 120 pilules de protiodure; 1 avait pris 2 mois de protiodure; 1 avait pris 1 mois de liqueur de Van Swieten, 1 avait pris 1 mois et 4 jours de protiodure, et 10 jours environ de liqueur Van Swieten. Toutes ces malades avaient leur syphilis depuis le début de leur grossesse, sauf une qui l'avait 6 mois avant la grossesse; 1 malade qui avait pris 6 semaines de pilules de protiodure à l'hôpital Saint-Louis, et 66 pilules en ville, qui était syphilitique depuis le début de sa grossesse, met au monde à terme un enfant mort et macéré.

1 malade qui était enceinte pour la deuxième fois, et qui avait gagné la syphilis à peu près au moment du début de la grossesse, après avoir pris pendant 2 mois du sirop Gibert, accouche d'un enfant vivant à terme.

Voyez ce que donne la comparaison : sans mercure, 3 enfants vivants sur 5 malades; avec le mercure, avec le traitement mercuriel, 1 seul enfant vivant sur 6 malades. C'est là une sorte de succès pour le traitement tonique simple. Je ne dis pas que l'on observera toujours de semblables proportions, et je serais satisfait pour les besoins de ma démonstration que les résultats fussent les mêmes. Cela prouverait surabondamment que le mercure est inutile.

D'ailleurs, je répète encore cette année que les malades enceintes qui ont une syphilis faible, gagnée au début de la grossesse, peuvent accoucher d'un enfant vivant si on les soigne, et elles se ménagent et si on les soumet à un bon régime, et que le mercure ne fait rien de mieux, et qu'il n'a aucune action spécifique.

Messieurs, j'ai trouvé des observations destinées à prouver l'efficacité du mercure pour faire venir à terme les enfants. Ce sont des observations du service de M. Depaul; elles sont consignées dans une thèse soutenue l'année dernière à la Faculté de médecine (Thèse de M. Dianu, 1868).

De ces observations, je tire les réflexions suivantes : Des malades ont pris du mercure pendant un mois et quelques jours. L'une accouche d'un enfant qui meurt après d'inanition, l'autre accouche d'un enfant qu'elle emmène. Ces deux malades avaient gagné leur syphilis pendant les premiers temps de la grossesse. C'est à un motif de traitement mercuriel qu'est attribué l'accouchement; dans ces observations du service de M. Depaul.

Il y a une malade, soignée de mercure, qui accouche d'un enfant vivant, mais qui est syphilitique et meurt en peu de temps.

Enfin il y a 3 malades de mon service, ayant gagné leur syphilis

au début de la grossesse. Elles sont sorties de mon service non guéries; 1 avorte, 1 accouche d'un enfant qui meurt presque de suite, et qui a présenté à l'autopsie une péritonite dite péritonite syphilitique. Cette femme, entre son séjour dans mes salles et sa présence dans le service de M. Depaul, avait pris en ville 40 pilules (pilules mercurielles sans doute), c'est-à-dire environ un mois de traitement. Remarquez, messieurs, que les deux malades accouchées d'un enfant vivant, et qui sont données comme des exemples probants en faveur de l'efficacité du mercure contre les avortements ou la syphilis des nouveau-nés, avaient pris seulement un mois et quelques jours du mercure dans le service de M. Depaul.

La troisième malade est plus intéressante; elle accouche à 7 mois d'un enfant vivant, après avoir pris dans mon service seulement des toniques; l'enfant est mort le dix-septième jour, probablement d'insanition. La malade est soumise au traitement mercuriel pendant un temps qui n'est pas déterminé, elle accouche 11 mois après sa première couche d'un enfant vivant. On met sur le compte du mercure l'accouchement du second enfant, sans mettre au profit du traitement tonique le premier, et cependant la syphilis était alors de date plus récente.

Cette manière de poser les observations, vous le voyez, est tout à fait fâcheuse. Mais ce n'est encore rien.

Deux malades, dont la syphilis remontait à 5 ans et 3 ans, ont amené, l'une un enfant vivant, l'autre un enfant mort-né. La première avait été traitée, il y a cinq ans, pendant 4 mois, par le protoiodure; l'autre avait été traitée depuis 2 ans 1/2, jusqu'au mois de février 1868, à plusieurs reprises par les bains de sublimé, les pilules de protoiodure, la liqueur de Van Swieten et les fumigations mercurielles. Dans le premier cas, il est dit que c'est le traitement mercuriel qui a permis l'accouchement normal; dans le second cas, il est dit que la malade n'avait pas pris de mercure pendant sa grossesse. En vérité, ceci n'est point sérieux. Cela revient à dire que quand une malade a pris du mercure et avorte, on doit affirmer qu'elle n'a pas pris assez de mercure, et que quand elle accouche d'un enfant vivant, c'est le mercure qui l'a fait accoucher normalement, quand même, dans les deux cas, les malades auraient pris la même quantité de mercure. Il y a là un parti pris évident.

Si ceux de mes collègues qui ont des services d'accouchements croient avoir de meilleures observations, qu'ils les apportent, mais qu'ils apportent en même temps tous les faits relatifs à la syphilis des femmes grosses, et nous compterons.

Je vous ai exposé, messieurs, les résultats du traitement tonique ; je viens de le comparer aux traitements vantés hier, vantés aujourd'hui ; vous aurez pu voir de quel côté est l'avantage. Et cependant il n'est pas nécessaire que l'avantage soit du côté du traitement tonique. Si les résultats sont semblables, le traitement tonique est plus acceptable que le traitement mercuriel associé aux toniques, puisqu'il est reconnu que le mercure est un agent tonique.

La syphilis n'a pas de contre-poison spécifique, je le répète. Elle est une variété d'infection purulente, la moins grave de toutes peut-être, et nous savons qu'il n'y a pas de contre-poison spécifique pour l'infection purulente. La syphilis guérit seule par une série d'éliminations spontanées. Soutenons l'économie pendant que ce travail s'accomplit, pendant que l'individu élimine, sous forme de plaques muqueuses ou de syphilides papuleuses, les parties contaminées de son sang ; traitons scrupuleusement les accidents locaux : tel est le traitement physiologique de la syphilis. Encore quelques années, messieurs, la démonstration se fera, et la syphilis rentrera dans le cadre des maladies générales, d'où elle n'aurait jamais dû sortir.

M. DEPAUL demande la parole pour un fait personnel. Il s'étonne que M. Desprès se permette de le mettre en cause à propos d'une thèse soutenue par un élève qu'il ne connaît pas. Cette thèse renferme des observations prises à la clinique d'accouchement, mais le professeur ne saurait en aucune façon être responsable de la manière dont sont rédigées des observations qui ne lui ont même pas été communiquées.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE

Nombre des votants..... 29

M. Giraud Teulon obtient..... 25 voix.

M. Bailly..... 4 —

En conséquence, M. Giraud Teulon est nommé membre titulaire de la Société.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. LIÉGEOIS. Je demande à la Société la permission de lui présenter, à l'appui de l'efficacité des injections hypodermiques dans le traitement de la syphilis, un sujet soumis à ce moyen depuis dix jours seulement. Ce sujet avait eu un chancre du fourreau de la

vers le mois de mars 1887. Il a été traité pour ce chancre par des pilules dont il ne connaît pas la nature. Trois ou quatre mois après, sont apparues des syphilides sur toute la surface du corps, puis des ulcérations dont il porte encore les traces cicatricielles. Une cicatrice, placée à la partie externe de la cuisse, a environ l'étendue de la main; les autres ont, pour la plupart, l'étendue d'une pièce de 5 francs. Au début de ces accidents, le malade a été traité par un strop d'iodure de mercure. Au bout de cinq à six mois, voyant qu'il ne guérissait pas, il entra à Saint-Louis dans le service de M. Barin. Là, il fut mis au strop de biiodure de mercure, depuis le mois de novembre 1887 jusqu'au mois de novembre 1888, à l'exception de trois semaines, pendant lesquelles il avait quitté l'hôpital. A sa sortie, il ne lui restait plus qu'une petite ulcération des amygdales. Il y a quatre mois, son corps se couvrit de rougeurs et de boutons. Il fut mis alors, par un médecin de la ville, au nitrate d'or, et ce traitement fut suivi jusqu'au jour de son entrée au Midi, le 7 juin. A cet instant, le malade présentait sur tout le corps, et surtout sur la face, une syphilide tuberculo-crustacée des plus confluentes. La face était hérissée d'une quantité considérable de saillies mamelonnées et dures, les unes pressées en amas sur de larges surfaces, les autres dispersées en cercle. Elles étaient, en général, d'une couleur rouge intense, qui se continuait là où il restait un peu de peau saine sur celle-ci. Une grande quantité de ces tubercules étaient recouverts de croûtes minces et très-adhérentes. Deux croûtes, du volume d'une amande, existaient au front; une autre, du volume d'une grosse noix, existait à la base du nez et oblitèrait en partie l'ouverture des narines. Ces croûtes étaient d'un brun sale, très-dures, et fortement adhérentes à la peau sur laquelle elles reposaient. Toute l'étendue de la surface du corps était recouverte de plaques ayant une largeur variable, depuis celle d'une pièce de 1 franc jusqu'à celle de la main, et même plus. Ces plaques étaient d'un rouge vicié, saillantes, irrégulières, dures, et étaient en général hérissées ou bordées de nombreuses saillies mamelonnées. Un grand nombre de ces plaques étaient recouvertes de squames, quelques-unes de croûtes.

Au point de vue de l'état général, le sujet paraissait profondément débilité, il était d'une maigreur très-grande. Le dessin que je présente, dû au talent de M. E. Beau, permet de constater l'état de la face lors de l'entrée de ce malade à l'hôpital du Midi. Depuis dix jours, ce sujet a subi 56 injections, 4, 6, 8 par jour, graduellement; chaque injection contenant 2 milligrammes. Aujourd'hui, on peut constater sur ce malade présent combien l'affection a été profonde.

ment modifiée. Déjà, à la face on ne reconnaît plus les saillies tuberculeuses, elles sont complètement affaissées, et, au lieu de croûtes, on trouve des squames peu adhérentes, faciles à enlever; les deux croûtes du front sont tombées, celle du nez persiste; la peau a perdu complètement sa coloration rosée. Les plaques du tronc et des membres sont aussi affaissées; on ne retrouve plus de saillies mamelonnées. Presque toutes les plaques sont recouvertes de squames très-minces; quelques-unes encore, parmi celles des jambes, sont recouvertes d'une mince croûte. Le malade est atteint d'une salivation légère. Malgré le nombre considérable d'injections faites dans le dos en dix jours, on peut s'assurer qu'il n'y a et qu'il n'y a pas eu de trace d'inflammation.

Ce malade ne rentre pas dans la catégorie de ceux qui font le sujet des recherches dont j'ai exposé les résultats dans la dernière séance. Ici, j'ai employé la méthode hypodermique à fortes doses de sublimé, uniquement dans le but de montrer toute la puissance de l'action de la méthode, appliquée à un cas exceptionnel comme gravité. Je ne me propose pas de continuer sur mon malade ces injections, étant convaincu qu'une syphilis qui guérit trop vite est des plus sujettes à la récurrence. Je vais diminuer insensiblement les doses, jusqu'à ce que j'arrive à la dose physiologique, c'est-à-dire celle que j'emploie habituellement, 4 milligrammes. Je demande à la Société la permission de lui représenter ce malade, quoi qu'il arrive.

M. LE DOCTEUR THELMIER présente un petit malade âgé de quinze mois, auquel il a pratiqué avec succès la trachéotomie il y a six semaines.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 23 JUIN 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine : *L'Art dentaire*. — *Le Journal de*

médecins et de chirurgie pratiques. — Le Marseille médical. — Le Montpellier médical.

— *Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy, pour l'année 1867-68.* Par le docteur Ed. Lallement, secrétaire. — Nancy, 1869.

— *Traitement du cancer du col de l'utérus.* Thèse inaugurale, par J. J. Lassales, ancien interne. Paris, 1869.

— *Ovariectomie, guérison.* Par le docteur Ch. Jonard (de Marseille). Broch. in-8, 1869.

COMMUNICATIONS

Épispadias. — Autoplastie, insuccès partiel. — Guérison par les cautérisations. — M. VERNEUIL. Dans la dernière séance, j'avais fait venir, afin de le présenter à la Société, un de mes petits malades, guéri des inconvénients si graves que cause l'épispadias; l'heure avancée m'a empêché de faire cette communication, mais la plupart d'entre vous ont pu examiner celui qui en fait le sujet.

Cet enfant, âgé de dix ans, habite la province; atteint d'épispadias complet, il lui était impossible de retenir son urine. Le 28 décembre 1868, je lui fis l'autoplastie par le premier procédé de Nélaton. Je disséquai un lambeau abdominal, que je vins rabattre comme un toit sur la gouttière urétrale. La face crucentrée répondant à l'extérieur fut insinuée à droite et à gauche, sous la face profonde de la peau formant les bords de cette gouttière. La suture échoua, car il y eut sphacèle du lambeau abdominal.

Il me restait un entonnoir profond, comme aplati de bas en haut et présentant des commissures à droite et à gauche. Avec un coupeau galvanique, je cautérisai légèrement les commissures. Après une seule cautérisation, le malade pouvait déjà retenir un peu l'urine. L'entonnoir s'était notablement rétréci. Une seconde cautérisation faite il y a sept semaines amena, non la guérison de l'épispadias, mais la guérison de l'incontinence d'urine.

Ainsi, ce malade est venu de Lariboisière, il a séjourné près de deux heures dans l'antichambre, et lorsqu'il a manifesté le besoin urgent d'uriner, il y avait trois heures qu'il n'avait pas laissé échapper une goutte d'urine.

Rétrécissement spasmodique de l'œsophage; guérison par la dilatation forcée. — M. BROCA. Une demoiselle, âgée de 26 ans, hystérique, était atteinte depuis quelque temps d'un rétré-

cissement spasmodique de l'œsophage, lorsqu'elle vint réclamer mes soins. Ce rétrécissement était situé très-haut, derrière le larynx. Son caractère spasmodique est prouvé par ce fait seul qu'il disparaissait momentanément pour reparaitre, surtout au moment du passage des aliments. J'essayai la dilatation avec la tige garnie d'olives, mais sans succès; on pouvait assez souvent passer l'olive la plus grosse, mais à peine était-elle introduite qu'un spasme survenait et rendait son extraction difficile. Pendant deux mois, ma malade fut nourrie au moyen de la sonde œsophagienne. Je fis alors construire une boule de plomb du volume du doigt, longue de cinq centimètres, et creusée d'une gorge à sa partie moyenne. Mon intention était de la laisser pendant quelques heures dans le rétrécissement, au niveau duquel elle resterait spontanément fixée par la contraction de l'œsophage sur l'espèce de poulie cylindrique formée par cette boule. Tout cela fut inutile.

Je songeai qu'il y avait là quelque chose d'analogue à ce qui existe dans le spasme de l'anus affecté de fissure, et je voulus tenter la dilatation au moyen des pinces courbes. Mais ces pinces, en s'écartant, prennent la forme d'un coin dont la base est à l'extrémité des mors et le sommet à la charnière. Si l'on force pour les ouvrir, ce coin, engagé par sa base dans le rétrécissement immobile, glisse de haut en bas, la pince est en quelque sorte avalée; elle n'agit plus comme dilatateur, et peut déterminer une lésion de l'organe dans la partie située sous le rétrécissement. Je fis deux tentatives : la première ne me donna aucun résultat; la seconde produisit un peu d'amélioration pendant quinze jours. Le procédé me paraissait bon. Il me restait à chercher un moyen de l'appliquer. Je fis alors construire une pince dont les branches, au lieu de s'entrecroiser, restent écartées au niveau de la charnière et portent une articulation excentrique. Grâce à cette disposition, les branches, à leur extrémité libre, restent parallèles, même dans un écartement de 6 centimètres, et si, par un écartement plus grand, la divergence oblique se manifeste, l'élasticité de l'acier fait que, sous l'influence de la pression, le parallélisme se rétablit. Je fis une dernière tentative avec cet instrument; la dilatation fut faite, et le succès complet ne s'est pas démenti depuis deux ans.

Ce qui prouve du reste combien étaient justes mes appréciations sur la nature du mal, c'est que depuis l'opération ma malade a été atteinte d'un spasme de l'anus, qui céda également à la dilatation.

RAPPORT

Sur le bras artificiel de M. Gripenlleau, médecin à Mont-Louis (Indre-et-Loire). — M. LÉON LE FORT fait un rapport verbal sur le mémoire envoyé par M. Gripenlleau à l'appel de la présentation d'un bras artificiel destiné aux travailleurs des compagnes, aux manouvriers, terrassiers, etc. Après avoir passé rapidement en revue les progrès de la prothèse du membre supérieur il fait ressortir l'importance de la découverte faite vers 1844 par M. Pétersen d'un principe de traction permettant au malade de donner le mouvement au membre artificiel sans l'aide de la main saine, M. Le Fort compare les bras de M. de Beaufort et ceux de M. Gripenlleau, et leur utilité pour les malades amputés du bras.

L'appareil de M. de Beaufort ne jouit pas de mouvements propres au niveau du coude. L'avant-bras est réuni au bras au moyen de deux charnières latérales. A la partie antérieure de la pièce brachiale et dans l'intérieur du cylindre qui représente le bras, existe un cliquet de bois parallèle au membre, lorsque ce dernier est dans l'extension. A la partie postérieure et supérieure de la pièce anti-brachiale est un trou au travers duquel peut venir saillir le cliquet lorsque le coude est fléchi.

Lors donc que le malade veut fléchir son bras artificiel, il doit saisir la main de l'appareil avec la main saine ou l'appuyer sur un plan résistant, et fléchir l'avant-bras sur le bras. Dans ce mouvement, l'avant-bras se mettant à angle droit avec le bras, le cliquet vient se trouver au niveau de l'ouverture anti-brachiale, s'y engage, s'y fixe par son arrêt, et la position est conservée, sans pouvoir être modifiée. Pour étendre le membre, la main saine doit venir repousser le cliquet pour le dégager de l'ouverture. Il est inutile de faire remarquer qu'un cliquet de bois mince, retenu par les bords d'une ouverture taillée dans un morceau de cuir, ne présente aucune garantie de solidité et qu'il serait impossible au malade de tenir sur son avant-bras fléchi l'anse d'un panier un peu fortement chargé; sous ce rapport, l'appareil de M. de Beaufort est en progrès, mais en progrès rétrograde, sur le bras que A. Paré fit construire il y a trois cents ans par le petit Lorrain.

La main artificielle du même appareil est empruntée à l'appareil si ingénieux construit en 1844 par Peterson et décrit par M. gendie dans le rapport fait à l'Institut; seulement le pouce seul est mobile, ce qui ôte de l'illusion, mais a l'avantage d'augmenter un

peu la solidité, et de diminuer beaucoup le prix de revient. Voici comment cette mobilité était obtenue par van Petersen et comment elle l'est par M. de Beaufort.

Le ponce, à sa face palmaire, donne attache au niveau de l'émilhence thénar à une lanière de caoutchouc vulcanisé qui remonte vers l'avant-bras, le traverse et vient s'attacher à la partie moyenne de sa face postérieure. A sa face dorsale s'insère une corde à boyau qui remonte le long du bras, se réfléchit sur une poulie de renvoi au niveau de l'épaule, et vient s'insérer soit sur un corset, soit au bouton du pantalon.

Si le malade porte les deux épaules en avant, en faisant ce qu'on appelle le gros dos, ou s'il redresse le tronc, il tend la corde; la corde tendue tire sur le ponce; et, lorsque cette traction surpasse la résistance de la tige de caoutchouc, le ponce s'écarte, pour se fléchir de nouveau lorsque cesse la tension de la corde. La force de préhension déterminée par la force élastique du caoutchouc n'est pas très-grande. Le malade que l'on exhibait au palais de l'industrie à l'admiration, fort incompétente en chirurgie, des princes grands et petits, ne put tenir de sa main artificielle une livraison de la *Revue des Deux-Mondes* que je le priai de tenir comme expérience. Il semble que rien ne serait plus facile que d'augmenter la force du ressort; mais dans ce cas la tension de la corde exigerait à son tour une force que l'on ne trouverait que dans un énergique redressement du tronc; il faudrait donner plus de course à la corde de traction et l'on est fort limité à cet égard, même en plaçant la puissance, comme l'ont fait MM. Robert et Collin, au niveau de la racine de la cuisse.

Je me hâte d'ajouter que si l'on ne demande à l'appareil de M. de Beaufort, c'est-à-dire à l'appareil de van Petersen simplifié et rendu pécutinairement plus pratique, que ce qu'il peut donner, il rend de très-grands services aux individus qui n'ont pas à exercer de travail manuel exigeant quelque force; il permet aux employés qui guident l'étranger dans les bureaux des administrations, aux petits rentiers, aux militaires pensionnés, de tenir un journal, quelques papiers, une canne, de saluer même du chapeau. Mais on aurait tort de lui appliquer le titre immérité de prothèse du pauvre; le pauvre n'a pas seulement besoin d'un appareil peu coûteux, il lui faut un appareil solide, avec lequel il puisse manier ses outils, déployer une certaine force; il veut se servir de sa main artificielle, non pour la tendre à l'aumône, mais pour qu'elle lui permette de gagner son pain et celui de sa famille.

Cette condition, importante entre toutes, est merveilleusement réalisée, pour ce qui concerne les agriculteurs et les terrassiers, par le bras de M. Gripouilleau. Ici rien n'est donné à l'élégance et à l'illusion, tout est donné à la force et à l'utilité pratique. Voici comment il est disposé : Le moignon est entouré d'une manche en toile solide, fixée sur l'épaule et autour du corps par des courroies de même nature. A l'autre extrémité, cette manche s'attache autour d'une sorte de calotte hémisphérique en bois, percée à son centre d'ouïtre en ouïtre. Dans ce trou s'engage un pieu de fer, se terminant du côté du bras par une tête aplatie, et du côté libre et saillant au dehors par une mortaise. Dans cette mortaise est reçue la tête aplatie, à forme de lame, d'une tige de fer représentant l'avant-bras ; et celle-ci, bifurquée également en bas, s'articule avec une troisième pièce représentant la main.

Cette main est tantôt constituée par un anneau s'il s'agit de faucher, par une douille s'il faut manier la pelle ou la pioche, par un crochet s'il faut trainer la brouette ; et la pièce antibrachiale se met ou se supprime selon la nature du travail. Le principe du bras de M. Gripouilleau est une extrême mobilité dans tous les sens.

J'ai eu récemment l'occasion de l'utiliser sur un de mes malades que j'avais dû amputer du bras l'année dernière. Cet homme incapable de travailler, et de pouvoir nourrir sa famille, implora mon secours pour lui faire fabriquer quelque chose qui pût lui permettre de se livrer aux travaux des champs. J'étudiais particulièrement alors la prothèse du membre supérieur, et mon attention était spécialement attirée sur le bras de M. Gripouilleau ; je fis venir le malade à l'hôpital Cochin et je lui fis, avec l'autorisation de l'administration, construire par M. Guillot un bras qui, malgré quelques modifications, n'était après tout que le bras de M. Gripouilleau.

Cet appareil pour lequel on peut assez justement parodier un mot tristement célèbre, cet appareil fit merveille. Le malade n'eut besoin d'aucun apprentissage pour s'en servir. M. Husson voulut bien se rendre à Cochin pour voir travailler le malade. Il pouvait faire tout ce que fait un terrassier, manier la pelle, la bêche, la pioche, charger une brouette, la trainer, la vider en la retournant. Ces photographies, que j'ai prises à l'hôpital, vous le montrent fauchant la prairie dans laquelle se construisent nos tentes-hôpitaux ; ailleurs, tenant sa pelle pleine de charbon, remplissant une hotte placée à hauteur d'homme, traînant une brouette chargée de plus de 100 kilogrammes de charbon, et tout cela, je le répète, il put le faire du premier coup, et si, au lieu de vous présenter le malade, je ne vous présente que ses photographies,

c'est que, dans son bonheur qui se traduisait par des larmes de joie, il voulut retourner de suite auprès des siens, et leur gagner par son travail ce pain qui lui manquait souvent depuis sa mutilation, et les tirer de la misère, grâce à l'invention de notre confrère. A cet appareil revient donc le titre de prothèse du pauvre; il permet le dur travail du manouvrier, de l'homme des champs, du terrassier, et si son prix n'est pas à Paris de 15 francs comme à Mont-Louis, il est peu élevé puisqu'il ne monte pas au delà de 30 à 40 francs.

En résumé, messieurs, nous ne pouvons que féliciter M. Gripouilleau de son ingénieuse invention, et nous féliciter d'avoir enfin les moyens de pouvoir rendre le travail manuel possible à bien des malheureux, qui sans cet appareil seraient voués à la misère.

Discussion sur le traitement de la syphilis.

M. LÉON LE FORT. Si nos discussions ne devaient pas retentir au delà de cette enceinte, je ne prendrais pas la parole; mais au dehors, et surtout à l'étranger, on pourrait donner aux statistiques que notre collègue M. Desprès cite à l'appui du traitement tonique et réparateur une valeur qu'elles ne sauraient avoir. L'argumentation de M. Desprès est en résumé celle-ci. J'ai eu 300 malades syphilitiques en traitement à l'hôpital; ces 300 malades sont sorties guéries, 30 seulement s'y sont depuis représentées par suite de la réapparition des accidents. J'ai donc seulement 10 p. 100 de récidives; tandis que mes collègues qui emploient les mercuriaux comptent 20 p. 100 de récidives; donc le traitement tonique et réparateur guérit plus sûrement que le traitement mercuriel.

Certes les personnes étrangères au fonctionnement de nos hôpitaux s'imagineront, ou qu'il en est des malades de Lourcine comme de celles de Saint-Lazare, comme des filles inscrites à la préfecture, qu'on retrouve ultérieurement aux visites du dispensaire, ou bien que notre collègue a suivi toutes ces malades, et que 30 seulement ont vu survenir une récidive. Or, il me paraît nécessaire qu'on sache ailleurs que ce chiffre si précis des récidives est purement et simplement celui des syphilitiques qui, redevenues malades après leur sortie, ont cru devoir retourner dans le service de notre collègue ou tout au moins à l'hôpital de Lourcine.

Je pourrais même indiquer un moyen d'avoir, avec une pareille base d'évaluation de la valeur du traitement, un nombre bien moins grand encore de récidives; je suppose que je sois chirurgien à l'hô-

pital de Lourcine. Partisan des mesures disciplinaires, j'ous l'age-
ment de la faculté de mettre au cachot les insubordonnées, je punis
les infractions au règlement ; en un mot je suppose, et ce n'est qu'
sur moi que je fais porter cette supposition toute gratuite, je sup-
pose que je m'applique à rendre le séjour de mes salles si attrayant
que mes malades n'aient qu'un désir : en sortir et ne jamais y re-
venir. Si je suis parvenu à rendre ce désir suffisamment énergique, je
serai arrivé à ce résultat : sur 300 malades, il n'en restera aucun,
de sorte que j'aurai par ce fait seul trouvé, sans m'en douter, un
traitement héroïque qui guérira la syphilis sans récidive aucune.

Je répète donc : M. Desprès n'a pas suivi toutes ses malades, et il
n'aurait pu le faire, après qu'elles sont sorties de l'hôpital. Le chiffre
de ses récidives n'indique que le chiffre des malades rentrées à Lour-
cine ou dans son service ; le chiffre des malades données comme
guéries sans récidive est en réalité celui des femmes qui, reprises
ou non de nouveaux accidents, n'ont pas voulu retourner à l'hô-
pital, ou revenir se soumettre au traitement tonique et réparateur,
c'est-à-dire à l'expectation.

S'il faut en donner une preuve palpable, je dirai : dans son dis-
cours de la séance dernière, M. Desprès cite parmi les guéries une
femme à laquelle il a ponctionné trois fois la chambre antérieure,
probablement pour la guérir d'un iritis. Or, cette jeune fille m'a été
présentée, il y a quelques jours, par un de nos confrères ; elle m'a
dit, et je prie notre collègue de ne pas prendre à mauvaise inter-
pretation cette reproduction d'une opinion individuelle, certainement mal
fondée : « Je ne veux à aucun prix retourner dans le service de
M. Desprès, et je ne veux pas retourner à Lourcine, de peur qu'on
me force à rentrer dans le service de M. Desprès ; d'ailleurs il ne
fait aucun traitement. »

Eh bien, cette malade guérie par le traitement tonique et répa-
rateur, cette malade que notre collègue regarde comme exempte
de récidive, par cela seul qu'elle n'est pas retournée lui demander de
nouveaux soins, était atteinte quand je la vis de plaques muqueuses
de la joue, de plaques muqueuses de la langue, de plaques mu-
queuses du pharynx, de plaques muqueuses de la vulve, de pla-
ques muqueuses de l'anus ; ce qui me paraît constituer une récidive
complète.

M. LIÉGEOIS présente le malade qu'il a déjà montré il y a huit
jours afin que la Société pût constater les progrès considérables de
l'affection syphilitique tuberculo-crustacée qu'il portait, sous l'in-
fluence des injections de sublimé ; il rappelle que ce sujet est en

traitement depuis dix-huit jours. Jusqu'à mercredi dernier, M. Liégeois a employé des doses graduelles de sublimé de 8 milligrammes à 15 milligrammes par jour. Depuis mercredi, il est descendu graduellement à sa dose habituelle de 4 milligrammes. Aujourd'hui il reste à peine 3 ou 4 croûtes à la surface du corps ou de la face. Les énormes plaques tuberculeuses que présentait ce malade ont totalement disparu, et sont remplacées par des taches rougeâtres, dont quelques-unes présentent un aspect cicatriciel. M. Liégeois engage les membres de la Société à constater que le dos de ce sujet ne présente en aucun point la moindre trace d'inflammation, quoique cette partie du corps eût reçu déjà 72 injections.

M. LIÉGEOIS continue ainsi :

Mon intention n'était pas, comme je l'ai dit, de soulever une troisième discussion sur la valeur comparative des médications tonique et mercurielle. J'espérais que M. Desprès reconnaîtrait que les conditions dans lesquelles je m'étais placé éloignaient toute idée de comparaison entre les résultats obtenus par lui et par moi. Qu'ai-je donc fait, en effet, après cette première année d'expérimentation, dont j'ai donné les résultats dans une séance précédente? J'ai mis 196 malades aux injections de sublimé à petites doses, sans faire usage ni du traitement local ni du traitement tonique, à part 13 malades, qui, dans un but comparatif, ont été soumis à ce dernier traitement en même temps qu'aux injections. M. Desprès, au contraire, adjoint au traitement tonique, qu'il défend avec tant de persévérance, les cautérisations et les bains. Or, sans ces adjuvants, il ne pourrait guérir la syphilis, à part certains cas de peu de gravité.

Pour m'en assurer, 24 sujets, choisis parmi ceux qui paraissaient avoir les accidents syphilitiques les plus légers, ont été traités dans mon service exclusivement par les toniques (vin de quinquina, pilules de Vallet). Or, 2 atteints de roséole sont sortis guéris, 14, atteints pour la plupart de plaques muqueuses, ont été un peu améliorés. 5 n'ont eu aucune amélioration. Sur leur demande, 7 de ces 24 sujets ont été mis à un traitement mercuriel et ont quitté l'hôpital parfaitement guéris. M. Desprès objecte à ces résultats que le traitement tonique n'a pas été poursuivi assez de temps; mais le plus grand nombre de ces sujets y sont restés soumis plus de 20 jours, quelques-uns 30, d'autres 60.

On comprend difficilement, en réalité, en face des résultats que j'ai obtenus avec la méthode hypodermique, que M. Desprès soit encore venu nous répéter que le mercure est au moins inutile, sinon nuisible. Quel genre de preuves faut-il donc lui donner? Je lui

certifie qu'à Lourcine, avec des doses moyennes de sublimé, données en injections, j'ai guéri des syphilis graves en seize jours en moyenne, comme Lewin l'avait fait lui-même ; qu'au Midi, avec des doses faibles de sublimé, j'ai guéri des syphilis graves en 37 jours, en moyenne ; je viens enfin de lui présenter un sujet atteint de syphilis excessivement grave et qui, avec des doses fortes, a été amélioré de la façon la plus considérable en 18 jours, et avec cet ensemble de preuves, je ne parviens pas à convaincre mon collègue ! Ces résultats, messieurs, je les crois inattaquables, et je tiens, vu leur importance, à ce qu'ils ne soient contestés que par des observations opposées ; ils démontrent de la façon la plus péremptoire qu'avec les injections hypodermiques on peut, presque à sa guise, se rendre maître des accidents secondaires en variant les doses de sublimé. Mais là surtout où les injections rendront des services qu'aucune méthode jusqu'ici n'a pu rendre, c'est quand le clinicien sera en face d'accidents graves et qui menacent la fonction d'un organe ou bien la fonction d'un appareil, c'est-à-dire la vie. Je vous ai déjà parlé d'une iritis double, qu'aucun traitement n'avait pu arrêter dans sa marche, même les injections de sublimé à petites doses, et qui, en trois jours, s'est dissipée presque complètement en doublant celles-ci. J'ai à vous rapporter aujourd'hui le fait d'un individu qui, rentré dans mes salles pour une récidive de syphilis traitée antérieurement par le protoiodure de mercure, fut mis aux injections hypodermiques à petites doses ; sept ou huit jours après son entrée, ce malade, qui portait des plaques muqueuses de la gorge, fut pris insensiblement d'une dyspnée effrayante ; je lui prescrivis, le lendemain du début de cet accident, 5 centigrammes d'émétique, après lui avoir fait quatre injections, c'est-à-dire le double de la quantité habituelle ; pendant la journée, on lui promena quelques sinapismes sur les jambes. Le soir, le malade était dans un état tel que les internes de l'hôpital furent sur le point de lui pratiquer la trachéotomie, pensant même qu'on n'aurait pas le temps de m'envoyer chercher. Cependant, au moment où ils discutaient la conduite qu'ils avaient à tenir, ils crurent s'apercevoir que la respiration devenait plus libre. Le lendemain, lors de ma visite, la respiration se faisait plus facilement que la veille ; les injections furent encore doublées ; le surlendemain, le malade respirait très-amplement, toutes mes craintes avaient cessé. Sans affirmer que ce sujet doive son salut aux injections seules, il m'est permis de penser au moins qu'il revient à celles-ci une large part.

Puisque M. Desprès conteste que mes malades guérissent malgré

le mercure, il me reste, pour le convaincre, un seul parti à prendre : celui de lui proposer de présenter à la Société un malade du genre de celui que vous venez de voir, et de l'améliorer dans un laps de temps semblable. Ou si M. Desprès y consent, nous prendrions quatre malades ou plus placés dans des conditions morbides à peu près analogues; j'en traiterais deux par les injections, M. Desprès en traitera deux par les toniques, sans employer, lui, des cautérisations ou des bains, sans me servir, moi, ni de toniques, ni de cautérisations, ni de bains. Et si les malades de M. Desprès guérissent aussi vite et aussi radicalement que les miens, je m'avoue vaincu et abandonne toute espèce de traitement mercuriel.

Maintenant, je prends ma statistique telle qu'elle est, et j'espère que vous demeurerez convaincus de sa supériorité sur celle de M. Desprès, quand j'aurai examiné devant vous la manière de procéder de mon collègue. Mais, avant d'entrer dans ce genre de discussion, je dois dire que j'utiliserai une statistique comparative faite en 1867, portant sur les malades de M. Desprès et sur les miennes, entrées à Lourcine dans nos deux services, depuis janvier jusqu'en décembre. Cette statistique a été prise à la fin de 1867, dans le seul but de m'assurer si mes résultats cliniques obtenus chez les malades traitées par le protoïdure, et ceux obtenus par mon collègue avec le traitement tonique, étaient bien différents l'un de l'autre. Dans une des séances précédentes, je vous ai dit qu'en réalité la différence n'était pas très-grande, car j'avais trouvé chez M. Desprès 18 récidives, et chez moi 14. Mais aujourd'hui que M. Desprès m'a forcé à étudier sa statistique dans ses plus petits détails, je reviens de mon erreur et vais vous démontrer que la statistique de mon adversaire n'est à nulle autre comparable.

M. Desprès me reproche d'avoir fait deux groupes de mes malades, les guéris d'un part, les améliorés de l'autre, et d'avoir donné ainsi à ma statistique un aspect avantageux, plus apparent que réel. Or, quand on se propose de connaître la valeur exacte d'un procédé, sinon nouveau, mais peu étudié encore, ma manière de faire est d'une importance capitale. Vous allez en juger par vous-mêmes. Je vous rappelle que sur mes 196 malades, j'ai 69 améliorés (35 p. 100); sur ces 69 améliorés, j'ai 14 récidives (20 p. 100). Supposez que je sois venu vous dire : sur mes 196 malades, j'ai par exemple, 90 améliorés au lieu de 69; assurément, vous auriez condamné la méthode, soupçonnant, avec juste raison, que cette méthode n'était acceptée qu'avec difficulté de la part des malades, ceux-ci n'ayant pas eu le

courage ou la patience de la supporter jusqu'au moment de leur guérison.

Supposez, d'autre part, qu'ayant 69 améliorés, je sois venu vous dire que sur ce nombre je n'ai que deux ou trois récidives; avec raison vous m'auriez objecté que ce chiffre, non-seulement n'était pas l'expression de la vérité, mais condamnait ma méthode, vu qu'un grand nombre de mes améliorés, qui étaient assurément voués un jour ou l'autre à des récidives, s'étaient dirigés sans aucun doute dans un service où l'on ne pratique pas les injections. Or, en 1867, de janvier en décembre, sur 272 malades, M. Desprès compte 120 améliorés (45 p. 100); ici le chiffre n'est supérieur au mien que de 51, ce qui indique que les malades entrés pour la première fois à l'hôpital acceptent assez facilement le régime tonique. Mais, de ces 120 améliorés, il en est rentré dans le service de M. Desprès seulement 7, ce qui indique manifestement que les malades mis une première fois au régime tonique, pour une cause ou pour une autre, consentent difficilement à le reprendre quand ils sont en état de récidive.

M. DESPRÈS. En 1867, 27 malades traitées par le protoiodure de mercure dans le service de M. Liégeois sont rentrées dans le mien.

M. LIÉGEOIS. Il est, à la vérité, rentré cette année dans le service de M. Desprès 6 de mes malades, tandis que dans le mien il en est rentré 2 seulement de M. Desprès; mais il faut bien savoir qu'alors les toniques chez M. Desprès étaient donnés si largement que j'avais mille peines pour retenir mes malades dans mes salles et les empêcher d'aller dans les salles de mon collègue, et si l'administration n'avait supprimé, cette année même, les bons de viande de viandes rôties, mon service, un jour ou l'autre, n'aurait pas manqué d'être exposé à une désertion générale. Je reviens à mon sujet. Que sont donc devenues les 114 améliorées que M. Desprès n'a pas revues? Elles sont sans doute allées, pour la plupart, où sont allés eux-mêmes la plupart de mes 55 améliorés traités par les injections, et qui ne sont pas revenus dans mon service du Midi, c'est-à-dire que les uns et les autres, lors de leur récidive, se sont disséminés dans les divers hôpitaux. J'ai pris, à la vérité, toutes les précautions pour retrouver les miens, et j'en ai retrouvé un certain nombre. M. Desprès ne paraît pas faire de même que moi, si j'en juge par le nombre des malades qui, sortis de son service, sont actuellement dans le service de son voisin, M. Fournier. Il y en a jusqu'à 7, et ces 7 malades ne sont pas compris dans la statistique que M. Desprès nous a donnée dans la dernière séance. Une a été traitée par lui pendant trois mois, la deuxième pendant trois mois, la troisième

ant trois mois, la quatrième pendant quatre mois et demi, la cinquième pendant cinq mois, la sixième pendant deux mois, la septième pendant huit mois. Comment dès lors concilier ce chiffre de malades récidives avec le chiffre général de 9 (12 p. 100), et conclure du relevé statistique que M. Desprès vous a présenté? voyez donc, messieurs, que M. Desprès compte comme guéris un grand nombre de sujets qui, n'étant qu'améliorés, ne reviennent à son service lors de leur récidive. Il me paraît bien plus important pour accorder aux statistiques du genre de celles que nous faisons une certaine valeur, au moins relative par rapport à l'exactitude de faire des améliorés une classe accessoire, ceux-ci ne pouvant être de quelque utilité que quand il s'agit de savoir comment la méthode employée est acceptée de la part des malades.

Évidemment qui domine toutes les statistiques de M. Desprès et sur lequel il ne manque jamais de s'arrêter longuement, c'est la comparaison établie entre les récidives de ses malades brûlées par les toniques et celles des malades traitées par le protoiodure de mercure, à la ville, soit dans les hôpitaux, et toujours il trouve une différence considérable à l'avantage du traitement tonique. Ainsi, l'année dernière, en particulier, il est rentré chez lui 77 sujets en récidive de traitement mercuriel et 27 sujets seulement en récidive du traitement tonique; par conséquent 3 fois, environ, autant des premiers que des derniers. Et M. Desprès de voir dans ces résultats les preuves d'une grande supériorité de sa méthode. Mais ce résultat semble au contraire écrasant pour M. Desprès.

Paris, en effet, il y a peut-être 15,000, 20,000 femmes de la classe ouvrière qui, ayant eu la syphilis, ont été traitées par les préparations mercurielles. Il n'y a et ne peut avoir que 1,000 à 1,200 femmes traitées par les toniques, c'est-à-dire toutes les femmes qui ont passé par le service de M. Desprès depuis 4 ans. M. Desprès n'a pas, que je sache, fait jusqu'ici beaucoup de prosélytes. Et M. Desprès est satisfait quand il voit rentrer dans ses salles 3 fois moins de malades traitées par lui par rapport aux malades traitées précédemment par le mercure; mais à valeur égale, ce n'est pas 3 fois autant de malades qui devraient rentrer dans ses salles, 12 fois, 20 fois autant. Il suffit, du reste, d'interroger les chiffres des récidives de service à service pour être convaincu que l'avantage demeure au traitement mercuriel.

Ainsi, dans mon service, en 1867, 308 malades syphilitiques ont été traitées par le protoiodure, et je trouve 14 récidives 4-54 pour M. Desprès, dans le même espace de temps, a traité par les

toniques 272 malades syphilitiques; je trouve 18 récidives pour 100.

Dans une discussion antérieure à celle-ci, M. Desprès signale les avantages du traitement tonique celui de raccourcir le séjour des malades dans les hôpitaux, si on le compare sous ce point de vue au traitement mercuriel. C'est là une assertion qui a tout lieu de tonner, quand on songe que les malades de M. Desprès, de son propre, demandent, pour guérir de leur syphilis, de 3 à 6 mois, quelquefois 15 mois et plus. Or, tous les chirurgiens savent qu'il est que les malades traitées par le protoiodure séjournent plus de 3, 4 mois au plus dans nos services hospitaliers.

Il y a tout lieu de penser qu'il y a eu erreur de la part de M. Desprès. Et en effet, d'après les deux statistiques comparatives en 1867 du 1^{er} janvier au 1^{er} décembre, M. Desprès a reçu dans ses salles 89 lits 382 malades, 272 syphilitiques, 110 malades non syphilitiques pendant ce temps, dans mes salles de 91 lits, j'ai reçu 463 malades 308 syphilitiques, 155 non syphilitiques. J'ai eu, par conséquent, dans mon service 36 malades syphilitiques de plus que M. Desprès dans sien. Mais cette différence devient plus considérable encore si je mets en ligne de comparaison le nombre des malades traités par le mercure au Midi et celui des malades traités à Lourcine par les toniques. Car du 1^{er} janvier 1868 au 1^{er} janvier 1869, 1,039 malades sont entrés dans mon service, 343 sujets syphilitiques qui ont été traités par le protoiodure, à la liqueur, aux injections, et 696 sujets non syphilitiques.

Quand M. Desprès cherche à montrer les avantages de sa méthode, il se sert souvent d'une expression que je regrette pour les mercurialistes. Il dénomme perte de temps ou temps inutile le temps qu'un malade ayant récidivé a passé dans les salles où il a été traité par les préparations mercurielles; mais cette expression ne paraît jamais quand il s'agit d'un malade ayant eu une ou plusieurs récidives après un traitement tonique, et mis ensuite, par d'autres médecins, au traitement mercuriel. Vous allez vous convaincre facilement si ce sont des femmes du service de M. Desprès ou du mien qui ont perdu le plus de temps en 1867.

14 malades traitées par le protoiodure par moi ont séjourné dans mes salles, lors de leur premier traitement, 835 jours; 1 malade a séjourné 59 jours. 18 malades traités par les toniques chez M. Desprès ont séjourné, lors de leur premier traitement, 1,286 jours; 1 malade a séjourné 76 jours. Différence, 17 jours gagnés par le protoiodure.

Lors du deuxième traitement dirigé contre les récidives, 1 malade ayant été traitée par moi par le protoiodure, a séjourné 44 jours; 1 malade de M. Desprès, traitée une seconde fois par les toniques, a séjourné dans ses salles 50 jours. Différence, 6 jours gagnés par le protoiodure.

Lors du deuxième traitement, 1 malade traitée d'abord par les toniques chez M. Desprès et traitée ensuite par le protoiodure chez M. Liégeois a séjourné 48 jours. 1 malade traitée d'abord par les toniques chez M. Desprès et traitée une seconde fois par lui par les toniques a séjourné 67 jours. Différence, 19 jours gagnés sur les toniques.

Ainsi donc, de quelque côté que l'on se retourne, quand on fait la comparaison du traitement mercuriel et du traitement tonique, soit au point de vue du nombre des améliorés, soit au point de vue du nombre des récidives, soit au point de vue du nombre relatif de sujets retrouvés dans les hôpitaux, soit au point de vue du nombre de malades traités en une année, soit enfin au point de vue du nombre de jours passés à l'hôpital avant ou après la récurrence, partout et toujours l'avantage demeure au traitement mercuriel.

J'arrive aux attaques dirigées par M. Desprès contre la méthode des injections sous-cutanées de sublimé à petites doses.

M. Desprès tout d'abord a contesté l'absorption du sublimé. Je ne m'attendais guère, je l'avoue, à l'objection qu'il me fit. Depuis que je fais usage de cette méthode, ma solution, il faut l'avouer, l'a beaucoup préoccupé. Quand M. Desprès a su que j'avais eu à Lourcine des escarres, quand surtout il a pu constater le fait sur deux de mes malades récidivées et entrées chez lui, mon liquide injecté servait à alimenter l'escarre, mais ne pénétrait pas dans l'organisme et ne pouvait par conséquent avoir la moindre efficacité pour la guérison de la syphilis. Quand il apprit que j'avais au Midi modifié mon procédé, et que je n'avais plus d'accidents locaux, le liquide que j'injectais s'échappait, selon lui, par la piqûre produite par la canule. A cette objection qui me fut faite un jour par M. Desprès, je répondis que pour éviter l'issue de ce liquide je plaçais sur la piqûre une couche de collodion. Plus tard, j'appris que M. Desprès avait fait des injections sur des grenouilles, et qu'il avait constaté que les vaisseaux capillaires se contractaient et se refusaient par cela même à la pénétration du sublimé. C'est cette objection que j'attendais, mais j'ai été trompé; aujourd'hui, le sublimé est insoluble dans l'eau, il se dépose au fond, ou sur les parois du vase. Et si, quand s'aspire le liquide avec la seringue, ma canule est au milieu du vase,

j'aspire uniquement de l'eau privée de sublimé ; si, au contraire, le bec de ma seringue touche les parois ou le fond du vase, j'aspire du sublimé solide et j'ai des escarres. Mon injection est par conséquent indifférente à la guérison dans le premier cas ; dans le second cas elle est plus que cela, elle est dangereuse et détermine des accidents locaux.

M. Desprès ignore, par malheur, que le sublimé étendu dans une certaine quantité d'eau est parfaitement soluble, et je vous en donne la preuve en vous présentant le liquide de ma formule ; il est aussi clair que de l'eau de roche, même en l'agitant. En me reprochant de donner lieu à des escarres, M. Desprès avait, sans aucun doute, oublié que les accidents locaux que j'avais constatés chez mes malades Lourcine avec la dose minimum de sublimé proposée par Lewin, étaient précisément la cause qui m'avait fait renoncer au procédé de cet auteur, après un certain nombre d'essais, pour en adopter un autre qui est parfaitement innocent. Le malade que j'ai présenté tout à l'heure a reçu 72 injections en dix-huit jours, et vous n'avez vu sur son corps nulle trace de l'injection. Du reste, que M. Desprès sache que le nombre de ces injections faites au Midi s'élève actuellement à 19,992, chiffre imposant. Or, je n'ai eu que deux fois une légère dermite avec modification superficielle du derme, et cela parce que l'injection avait été faite dans l'épaisseur du derme par une personne inexpérimentée. Pour se mettre complètement à l'abri des accidents, il n'y a donc qu'une seule précaution à prendre : c'est de bien s'assurer que le bec de la canule est en plein tissu cellulaire. Je conseille cependant encore de ne pas faire l'injection trois ou quatre fois de suite au même endroit ; il pourrait bien, dans ce cas, survenir une inflammation suppurative, quoique je n'en ai pas eu encore d'exemple.

M. Desprès s'est aussi empressé de vous signaler une escarre sur le lapin que j'ai placé sous vos yeux, et qui depuis quatre mois était soumis aux injections. Mais M. Desprès doit bien penser que le tissu cellulaire n'offre pas chez tous les animaux la même résistance aux agents chimiques. Chez quelques lapins j'ai pu constater quelquefois 3 ou 4 escarres ; puisque chez l'homme je ne les détermine pas, même en injectant une dose plus forte de sublimé, il est bien certain que la différence de ces résultats tient à la cause que je viens d'indiquer.

Je m'attendais bien que chez mes malades l'embonpoint provoqué par les injections du sublimé ferait l'objet d'une critique de M. Desprès. Tout le monde sait que, pour lui, la graisse et le mar-

Il y a deux choses incompatibles. Voilà, du reste, ce qu'il dit dans la précédente discussion : « Le mercure est depuis longtemps reconnu comme un médicament débilitant ; les partisans du mercure admettent qu'ils intoxiquent lentement un sujet intoxiqué, ils débilitent une malade débilitante ; cette thérapeutique n'a d'analogue que dans la saignée et la diète. » Je me demandais, cependant, comment M. Desprès s'en tirerait en face de mes 74 pesées, qui m'ont montré qu'un individu en moyenne augmentait de 1,255 grammes ; en face aussi des pesées faites sur des sujets ou des animaux sains, qui augmentent de poids à la façon des individus syphilitisés dans de très-notables proportions. Or, M. Desprès m'objecte que « tous les syphilitiques qui entrent dans les hôpitaux engraisissent au bout d'un certain temps, sans doute par suite du changement que leur repos et un régime meilleur apportent dans leur état général, quelle que soit d'ailleurs la préparation mercurielle qu'on leur administre. » M. Desprès est dans l'erreur sur ce point ; les malades syphilitiques mis au protoiodure n'engraissent pas dans la généralité des cas pendant leur traitement ; au contraire, ils maigrissent le plus souvent. D'après mes recherches, les malades mis au protoiodure perdent en moyenne pendant leur traitement 362 grammes. Selon M. Desprès, tous les individus mis aux toniques, au contraire, engraisissent. C'est vrai, pour la plupart du moins ; mais l'important est de savoir dans quelles proportions leur embonpoint augmente par rapport à celui des malades mis aux injections de sublimé. Or, je vous ai dit qu'un sujet syphilitique, mis au protoiodure, gagne en poids moyen pendant son traitement 674 grammes ; tandis qu'un sujet syphilitique, mis aux injections, gagne 1,255 grammes. Je ne puis qu'engager M. Desprès à soumettre ses malades à l'épreuve de la balance, et j'ai tout lieu de croire, malgré mon nombre limité de malades pesés et mis aux toniques (9) (j'en ai dit la raison), qu'ils n'acquerront jamais le poids des malades mis aux injections.

A propos de l'embonpoint de mes sujets, variable avec les conditions thérapeutiques dans lesquelles ils étaient placés, M. Desprès s'est livré à un calcul que je n'ai pas compris, mais qui cependant m'a paru ressembler à celui-ci. Soit le chiffre 2 représentant le poids de mes malades mis aux toniques, soit le chiffre 4 représentant le poids de mes malades mis aux injections, soit le chiffre 10 représentant le poids de mes sujets mis aux injections et aux toniques. Le poids de ces derniers devrait être la somme des deux premiers ; or, 4 et 2 font 6, et non 10 ; donc mon calcul n'est pas exact. Ai-je besoin de réfuter une pareille objection ? Le chiffre de mes pesées ne repré-

sente-t-il pas une moyenne d'individus, les uns ayant augmenté, les autres ayant diminué, les uns et les autres ayant séjourné à l'hôpital un temps inégal, enfin les uns et les autres ayant été influencés de façons différentes par la médication qu'ils ont faite ? Il n'y a pas plus deux organismes qui se ressemblent dans leur fonctionnement physiologique, et notamment dans la manière dont ils sont impressionnés par un agent thérapeutique, qu'il n'y a deux figures qui se ressemblent.

Selon M. Desprès, « je me mets en opposition avec les résultats des observations et des expériences de MM. G. Sée, Kussmaul, C. Bernard, qui attribuent au mercure une action dénutritive et expliquent ainsi l'influence que l'on s'accorde généralement à reconnaître au mercure, soit pour prévenir, soit pour faire disparaître les néoplasmes. » Quand, dans leurs observations, des physiologistes arrivent à des résultats différents sur un même point, on peut dire, presque à coup sûr, que c'est parce qu'ils se sont placés dans des conditions différentes.

Or, personne jusqu'ici n'a traité des sujets syphilitiques avec une dose de 4 milligrammes de sel mercuriel par jour. Et c'est là la cause des différences qui existent entre mes résultats et ceux des excellents observateurs que m'oppose M. Desprès. Si l'on considère que la syphilis, pour guérir, ne réclame, en moyenne, que 14 centigrammes de sublimé donné en injection, tandis qu'avec le protoiodure, en supposant un traitement de six mois et deux pilules par jour, on arrive à 19 grammes de protoiodure pour atteindre le même résultat, on comprendra facilement que de telles différences dans les doses peuvent comporter avec elles des différences d'action. Nos pesées, en effet, ont prouvé qu'à faible dose, le sublimé est un reconstituant des plus énergiques qui porte son action sur le travail d'assimilation nutritive. Les analyses d'urine faites par M. Byasson ont prouvé, de plus, qu'à petite dose, le sublimé active, en même temps que le travail d'assimilation, celui de désassimilation. Tout en contribuant, par conséquent, à favoriser dans les tissus, en apparence sains, l'abord d'une plus grande quantité de substances plastiques, le sublimé contribue encore à favoriser le départ d'une plus grande quantité des matériaux anciens de ces tissus. En un mot, la suractivité de la dénutrition est proportionnelle à la suractivité de la nutrition. Mais, fait important, tandis que, pour les tissus en apparence sains, la seconde l'emporte sur la première, pour les productions hyperplasiques, la première l'emporte sur la seconde. De là une rénovation dans un temps rapide des principes immédiats des

tissus anciens en même temps que la disparition des tissus nouveaux, c'est-à-dire des manifestations secondaires de la syphilis. Ces deux causes tendent à rétablir l'équilibre organique momentanément perturbé par l'introduction dans le sang d'une matière virulente.

Quant aux préparations mercurielles, à la dose où on les donne habituellement, elles agissent, contrairement aux petites doses, bien **davantage sur le facteur de dénutrition que sur celui de nutrition. Comme le dit à juste raison M. G. Sée, elles dénourrissent tout, et tissus sains et productions hyperplasiques; aussi faut-il, pour contrebalancer les effets désavantageux que la suractivité dénutritive produit dans les tissus sains, leur adjoindre les toniques.**

C'est là, sans aucun doute, les raisons qui expliquent les différences que nous avons constatées dans l'emploi des injections sous-cutanées à petites doses et dans l'emploi du protoiodure. Le premier, par rapport au second, met infiniment moins de temps pour guérir radicalement la syphilis, tout en mettant bien davantage à l'abri des récidives. Peut-être, en donnant le protoiodure à la dose de 1 centigramme seulement, la liqueur à la dose d'une cuillerée à bouche par jour, ce que je fais actuellement, obtiendra-t-on des résultats plus favorables. Jusqu'ici j'ai lieu de le croire, mais le temps seul, c'est-à-dire de nombreuses observations me permettront de juger cette question.

M. Desprès avait à me faire une objection sérieuse, et je m'étonne qu'il l'ait oubliée, car déjà il l'avait adressée à M. G. Sée. Il pouvait me dire : Mais si le mercure guérit les accidents secondaires par son action dénutritive, comment peut-il guérir les ulcérations syphilitiques? Je lui aurais répondu que le mercure est précisément impuissant à guérir cette forme d'accidents, quand surtout elle ne repose pas sur une base hyperplasique. J'ai pu reconnaître ce fait dans ces derniers temps sur deux sujets afférents à la période secondaire d'ulcères atoniques dont les bords n'étaient ni gonflés ni indurés. On peut encore voir, dans mes salles, un de ces sujets, pour lequel j'ai dû renoncer au protoiodure et aux injections; et, fait remarquable que je chercherai à utiliser pour l'avenir, mon premier malade a guéri avec la plus grande facilité avec un traitement arsénical; mon second, celui qui est encore en traitement, est en voie d'amélioration rapide par ce moyen.

Pour M. Desprès, les accidents syphilitiques, papules, plaques muqueuses, loin d'être, comme je le pense, des foyers d'infection qu'il importe de faire disparaître pour assurer la guérison de la

syphilis, doivent être regardés comme des moyens de ~~dépuration~~ et d'élimination du poison, de même que dans la variole les ~~pustules~~ sont le moyen d'élimination du virus variolique.

Mes opinions sur la manière de comprendre la syphilis diffèrent radicalement de celles de M. Desprès. M. Desprès considère ce qu'il appelle le virus comme un poison dont l'organisme se débarrasse toujours; seulement, au lieu de le faire sortir par les émonctoires naturels, les voies d'excrétion, il le fait échapper par des ~~tissus~~ nouveaux, les plaques muqueuses, les syphilides, qui, selon lui, sembleraient naître pour la réalisation de ce but. Mais il n'y a pas de virus dans l'intoxication syphilitique, pas plus qu'il n'y en a dans tous les cas de maladies infectieuses; il ne peut y avoir que des matières liquides ou solides virulentes. Certains principes immédiats, d'une constitution donnée, tels que ceux qui dérivent de l'exsudat chancreux, pénètrent dans le sang et, agissant par action de contact sur certains principes immédiats du sang, communiquent à ceux-ci les mêmes propriétés que celles qu'ils possèdent, en modifiant leur état moléculaire. De là une infection qui se propage de proche en proche dans toute la masse sanguine, de là un trouble de la nutrition résultant de l'abord dans les tissus de ~~matériaux~~ plastiques contaminés, trouble qui aboutit dans quelques-uns d'entre eux à l'ulcération, et donne aussi naissance aux productions hyperplasiques. Ce n'est donc pas, à nos yeux, à un virus que la médication mercurielle s'adresse jamais, mais bien à une propriété physiologique générale de tous les tissus, à la nutrition, seulement à une nutrition perturbée. Et si, comme je l'ai déjà dit, les toniques ont une infériorité incontestable sur les injections sous-cutanées de sublimé à petites doses, c'est parce que cette médication a moins de puissance que le sublimé sur les actes d'assimilation, mais surtout sur les actes de désassimilation, puisque, d'une part, les sujets syphilitiques mis aux toniques gagnent moins en poids que ceux mis aux injections; puisque, d'autre part, les toniques sont incapables seuls, sans autre médication locale, de faire disparaître les productions hyperplasiques, surtout les plaques muqueuses. Je ne conteste pas, toutefois, que les plaques muqueuses étant détruites par des cautérisations successives, l'état général d'un sujet syphilitique mis au traitement tonique ne puisse s'améliorer, et même le mettre dans l'avenir à l'abri des récidives; mais il faut, pour atteindre ce résultat, un long temps, 6, 8, 15 mois.

Puisque M. Desprès croit à l'existence d'un virus que les tissus hyperplasiques seraient chargés d'éliminer, pourquoi donc ne laisse-

t-il pas à la nature prévoyante le soin complet de cette élimination ? Pourquoi s'empresse-t-il de cautériser les plaques muqueuses dès qu'elles apparaissent, et cela avec un caustique énergique, le chlorure de zinc ? Mais on ne peut pas plus admettre cette hypothèse de l'élimination du virus syphilitique que celle qui prétendrait qu'un virus cancéreux quelconque s'échappe de l'organisme par une tumeur cancéreuse.

Là aussi il y a une altération des principes constituants du sang, et c'est consécutivement à cette altération que la nutrition s'est perturbée au point de donner naissance à des productions hyperplasiques. Loin de concourir à l'expulsion d'un virus ou de matières virulentes, la tumeur cancéreuse est un foyer d'infection qui tend à contaminer de plus en plus l'organisme de la même façon que les plaques muqueuses sont elles-mêmes des foyers d'infection, tant qu'elles subsistent. Et si un jour on trouve quelque substance capable de guérir la diathèse cancéreuse, celle-ci assurément interviendra à la façon du mercure chez les syphilitiques, c'est-à-dire agira sur l'activité des phénomènes nutritifs. Un virus ne s'échappe pas plus de l'organisme syphilitique qu'il ne s'échappe un semblable élément par un ecthyma, un psoriasis, des tubercules, etc., chez un sujet atteint d'une quelconque de ces affections cutanées où, là encore, existe une modification dans l'état moléculaire des principes du sang, modification due à une cause ou à une autre, le plus souvent à une alimentation mauvaise ou à la privation de certaines conditions hygiéniques. Dans ces affections, le sublimé à petites doses paraît agir, ainsi que je l'ai dit, avec la même efficacité et par le même mécanisme que dans la syphilis, à en juger du moins par les quelques cas de guérison que j'ai rapportés.

En soutenant que la syphilis guérit par l'élimination d'un virus, M. Desprès méconnaît que ni les plaques muqueuses, ni les syphilitides ne s'éliminent pas ; et, en effet, si ces productions guérissent, c'est à la condition d'être le siège d'un processus rétrograde, dénutritif, en vertu duquel les principes immédiats qui concouraient à la formation de leurs éléments histologiques rentrent dans le sang à l'état liquide. Elles n'éliminent donc rien, elles restituent, au contraire ; à l'organisme les matériaux que celui-ci leur a fournis.

M. Desprès oublie, de plus, qu'une gomme, qu'une exostose qui guérit, ne peuvent servir d'émonctoire à un virus syphilitique. Là, on ne peut conserver aucun doute sur la résorption de molécule à molécule des principes immédiats qui entraînent dans la constitution de ces tissus hyperplasiques ; et, messieurs, puisque je parle de la simi-

litude des processus qui font disparaître et les accidents secondaires, et les accidents tertiaires, permettez-moi de vous montrer l'immense analogie qui existe entre l'action des préparations mercurielles et des préparations iodurées, notamment à l'iodure de potassium. A petites doses, l'iodure de potassium est un reconstituant tout comme le sublimé, tout comme le fer et le quinquina ; mais pour la guérison de la syphilis il est bien moins efficace que le sublimé, et peut être mis sur le même rang que les toniques. A fortes doses, l'iodure de potassium est un médicament surtout dénutritif comme le sublimé lui-même ; c'est à ce titre qu'il fait disparaître les hyperplasies tertiaires ; d'après les quelques cas que j'ai rapportés, j'ai tout lieu de croire, cependant, que l'action du sublimé à fortes doses est plus efficace que celle de l'iodure de potassium dans la syphilis tertiaire.

Enfin à très-fortes doses les mercuriaux, de même que l'iodure de potassium, sont toxiques. On voit donc que, quel que soit l'agent thérapeutique employé dans le traitement de la syphilis, mercure, toniques, iodure de potassium, les uns et les autres portent leur action sur la propriété de nutrition, exagérant des actes purement physiologiques, qui, par leur perturbation, constituent l'état de maladie.

Mais, pour en revenir à la discussion des idées de M. Desprès, c'est à la variole surtout qu'il compare la syphilis au point de vue de l'élimination du virus contaminateur. Mais, dans la variole encore, il n'y a que des principes altérés du sang sous l'influence de la pénétration dans l'économie d'une matière organique décomposée. Il n'y a non plus là qu'un vice général de la nutrition consécutif à cette altération, et les pustules de la variole ne sont que la conséquence d'une aberration nutritive ; seulement ici, les éléments histologiques nés de cette aberration sont des leucocytes. Mais, entre la variole et la syphilis, comme entre cette dernière et toutes les autres affections fébriles éruptives, il y a une énorme différence. Ces affections ont toutes dans leur marche une évolution régulière, caractérisée par une série de phases, prodromes, début, augment, état stationnaire, déclin, le tout s'effectuant en quelques jours ; la syphilis, au contraire, a une marche toujours progressive ; plus elle est vieille, avons nous déjà dit, plus elle est difficile à guérir radicalement ; elle ne cesse par conséquent pas de croître, tant qu'elle n'est pas attaquée par une médication rationnelle. Ici, j'ai le regret de me trouver en désaccord avec mon honorable collègue M. Panas, qui admet que, plus la vérole est ancienne, plus elle a de la tendance à s'atténuer. Mais cette divergence qui nous sépare tient à ce

que M. Panas n'a pas eu égard au traitement antérieur. Il compte parmi ses malades atteints d'anciennes syphilis, et guéris rapidement par les frictions, ceux qui ont pris déjà des préparations mercurielles, et ceux-là, nous l'avons vu, guérissent toujours plus rapidement que ceux qui sont vierges de tout traitement hydrargyrique.

Je ne veux point dire par là que les accidents secondaires ne guérissent jamais seuls; il est bien reconnu que la guérison de ceux-ci peut se faire sous l'influence de toute cause de débilitation, avec l'aide seulement d'un bon régime et de quelques soins de propreté; souvent la saignée, la diète, l'application de vésicatoires à la surface du corps, ont guéri la syphilis; enfin, les affections fébriles survenant dans le cours de cette affection ont souvent fait disparaître, sans l'emploi d'aucun traitement, les manifestations secondaires. Nous remarquons que dans tous ces cas nous retrouvons toujours l'intervention de la même influence physiologique, l'augmentation de l'activité dénutritive. Qu'on ne s'y trompe pas, cependant, quand la nature seule fait en syphilis les frais de la guérison, celle-ci n'est jamais qu'apparente. Tous les chirurgiens qui ont passé par l'hôpital du Midi savent, en effet, de quelle gravité sont les accidents survenus chez les sujets qui, n'ayant été soumis à aucun traitement lors de leurs premières manifestations, se présentent avec une seconde poussée d'accidents secondaires.

Le point de vue pathogénique sous lequel je viens d'envisager la syphilis ne peut évidemment avoir que la valeur d'une hypothèse. Mais, hypothèse pour hypothèse, j'ai tenu à vous montrer que celle que je viens de développer devant vous, fondée au moins sur de nombreuses analogies et déduite de considérations physiologiques, a une valeur supérieure à celle qui admet l'intervention d'un virus dans les nombreuses affections générales, reconnaissant pour cause la pénétration dans l'économie de matières organiques d'une constitution spéciale.

La manière dont j'ai envisagé l'action thérapeutique des mercuriaux a pu étonner un certain nombre de vous; elle a sûrement, au moins, étonné M. Desprès, qui m'accuse « d'avoir ajouté une certaine confusion nouvelle au chaos du traitement de cette affection. »

J'avoue que je ne me serais pas hasardé à publier mes résultats scientifiques, différents dans leur généralité du moins de tout ce qui a été dit à ce sujet, présentant en quelque sorte la syphilis sous une nouvelle face, si mes pesées, mes statistiques générales, mes statistiques partielles, les analyses d'urine faites par M. Byasson, mes re-

cherches expérimentales sur les animaux et l'homme sain, mes examens microscopiques, si, dis-je, tous ces moyens combinés entre eux n'avaient en quelque sorte imposé à mon esprit toutes mes déductions. Mais, comme je l'ai déjà dit, même avec l'aide des lumières de l'expérience et de l'observation, personne ne peut être sûr d'être à l'abri de l'erreur. Aussi, vu l'importance du sujet, j'espère que mes recherches subiront un contrôle de la part des savants que cette question intéresse, prêt que je suis à abandonner mes idées le jour où elles me seront démontrées inexactes.

Pour ce qui concerne le point de vue clinique, mes observations sont trop nombreuses et mes résultats ont été trop conformes pour qu'on puisse mettre aujourd'hui en doute l'efficacité de la méthode hypodermique contre les accidents secondaires de la syphilis. Seulement je ne puis dire encore dans quelle exacte proportion je puis modifier l'état constitutionnel pour parer aux récidives. J'espère, prolongeant et variant mes recherches, m'occupant aussi plus tard de retrouver mes malades dont j'ai pris les adresses avec le plus grand soin, arriver à cette connaissance ; j'espère de plus diminuer la durée de mon traitement, inférieur sous ce rapport aux autres traitements hypodermiques, mais supérieur aux autres méthodes.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 30 JUIN.

Présidence de M. LAGNEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : *La Gazette médicale de Strasbourg.*

Les nos 3, 4 et 5 du tome III, 1869, du *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.*

— *Le Compte rendu des travaux de la Société impériale de médecine de Bordeaux*, pour 1868, par le d^r Ch. Dubreuilh, secrétaire général.

— *Relation humoristique d'une excursion médicale à Schinznach ; valeur des eaux sulfurées contre la phthisie pulmonaire. — Examen critique du manuel du léthroceps de M. Hamon ; deux brochures par M. Putégnat (de Lunéville).*

— *Etude sur les hôpitaux sous tentes*, thèse inaugurale par le D^r Schatz, Paris, juin 1869.

— M. le d^r Bazille, médecin militaire, adresse une observation intitulée : *Hernie complète de la rate par cause traumatique, ligature du pédicule, guérison*. Renvoyé à une commission : MM. Perrin, Guérin, Le Fort.

— M. Louis Thomas (de Tours), membre correspondant, adresse l'observation suivante :

Occlusion du gros intestin. Mort subite. — M^{me} X., âgée de 39 ans, grande, forte, d'une très-bonne santé habituelle, avait, à diverses reprises, depuis plusieurs années, éprouvé des accidents d'occlusion intestinale qui disparaissaient après 24, 36, 48 heures au plus. Dans l'intervalle de ces crises, les fonctions de l'intestin s'accomplissaient régulièrement.

Le 13 mars dernier, M^{me} X. est prise de coliques très-vives avec ballonnement du ventre, suppression des selles et de l'expulsion des gaz. Le médecin habituel de la malade lui prescrit de l'huile de ricin.

Le 14, les accidents continuèrent ; on essaye en vain d'administrer des lavements simples ou purgatifs, le liquide reflue immédiatement sur les côtés de la canule.

Le 15, les symptômes se sont aggravés et ont acquis une intensité qu'ils n'avaient jamais eue dans les crises antérieures. Prescription : Huile de croton, 2 gouttes.

Le 16, même état que la veille. Mandé en consultation, j'essaye de franchir l'obstacle avec la sonde œsophagienne et je ne puis y parvenir. Le ventre n'est nullement douloureux à la pression. Il n'y a pas eu de vomissements. Prescription : Calomel et jalap, à 0 gr. 40, application de glace sur le ventre.

Le 17, M^{me} X. a éprouvé un peu de soulagement immédiatement après l'application de la glace, mais il ne s'est produit aucune amélioration : électrisation du gros intestin, pendant dix minutes, sans aucun résultat. Sur notre demande on nous adjoignit alors notre vénéré confrère le D^r Miquel, qui fut d'avis de recourir à l'emploi du lavement forcé. Nous administrâmes alors nous-même, avec une se-

ringue contenant plusieurs litres, successivement deux lavements qui furent poussés avec une force telle qu'un tube de caoutchouc, unissant la seringue et la canule et dont la paroi avait presque 5 millimètres d'épaisseur, creva pendant l'opération. Le liquide refusa toujours sur le côté de la canule.

Il n'y avait pas encore opportunité d'une intervention chirurgicale, l'intestin grêle n'était pas distendu, il n'existait ni fièvre ni vomissements. Nous pouvions donc attendre au lendemain en nous bornant à calmer, autant que possible, les douleurs très-vives qu'éprouvait la malade. Dans ce but, je fis une injection hypodermique d'un demi-centigramme d'acétate de morphine. A 8 heures du soir, M. Slaweki et moi fûmes frappés de l'altération des traits de M^{me} X. Elle nous assura cependant qu'elle se trouvait beaucoup mieux; le ventre était toujours aussi tendu, l'intestin n'avait pas recouvré la perméabilité, mais les douleurs avaient disparu et la malade avait pu reposer quelques heures. Nous pratiquâmes une nouvelle injection d'un demi-centigramme d'acétate de morphine.

Vers deux heures du matin, M^{me} X., qui avait assez bien dormi depuis notre départ, fut réveillée par l'arrivée de sa mère et de sa sœur. Elle ne souffrait pas, aussi causa-t-elle longuement; de telle sorte que, malgré l'altération de ses traits, les assistants ne pouvaient soupçonner la gravité de sa situation.

Après un assez long entretien, M^{me} X. prit un lavement de bouillon, le rendit immédiatement et se disposa à dormir. Quelques minutes après, sa mère, s'approchant de son lit, fut surprise de ne plus entendre sa respiration et, l'examinant plus attentivement, s'aperçut qu'elle avait cessé de vivre.

L'autopsie ne put malheureusement pas être faite.

Discussion sur le traitement de la syphilis.

M. DESPRÈS. Messieurs, M. Le Fort, dans la dernière séance, a dit que nos bulletins étaient lus partout, que nos discussions avaient du retentissement, et qu'il voulait faire une réserve. Je ne sais quel sens M. Le Fort attache à cette réserve, mais je n'y vois et l'on ne peut y voir qu'une opinion tardivement introduite dans la discussion. Cette opinion, je vais la combattre.

Si M. Le Fort s'était rappelé mes discours des années précédentes, il aurait eu à l'esprit que je n'ai jamais considéré comme guéries toutes les malades qui ne rentrent pas dans mon service. Je sais qu'il

va plusieurs de mes malades dans d'autres services, j'en ai cité le nombre dans mes précédentes statistiques. Je ne suis point étonné qu'il y ait de ces malades, puisqu'il sort de mon service des filles non guéries, ou à peine améliorées, et qui sortent sur leur demande.

M. Le Fort veut que je suive toutes mes malades, que je les compte toutes ; mais quelle statistique a jamais été faite de la sorte ? Pour juger la mortalité dans les amputations et les résections, est-ce que l'on a tous les faits ? est-ce que des malades qui succombent longtemps après l'opération hors des hôpitaux n'échappent pas ? est-ce que, quand il s'agissait de faire ressortir d'une statistique les indications du trépan, M. Le Fort lui-même n'a pas pris des observations laconiques à côté d'observations détaillées, ce qui entachait d'erreurs le résultat ?

La statistique que j'ai faite est-elle passible de reproches qui en annulent la signification ? Vous vous rappelez, messieurs, ce que j'ai dit dans mes précédentes communications. Je prends toutes les malades de mon service, je note celles qui présentent des récidives, je note ce que chaque accident met de temps à guérir, je note la nature des récidives. Ce que j'observe dans mon service je le compare à ce qui se passe dans les autres services. Cela ne nous donne-t-il pas de bons éléments de comparaison ? Je sais qu'il y a des récidives observées ailleurs que dans mon service, qu'il y en a en ville. Mais ceci existe aussi bien pour les malades traités par le mercure dans les services où l'on en donne. Il s'agit ici de calculs de probabilités comme dans toutes statistiques. Or l'on sait qu'il n'est pas nécessaire d'avoir tous les cas connus pour établir une probabilité dans un ordre de faits observés ; des séries de faits étudiés dans les mêmes conditions suffisent. Mais, messieurs, je vais plus loin et je montre que les faits se présentent pour nous dans des proportions analogues. Il y a un chiffre total de récidives chez nos malades du Midi et de Lourcine. Les 3 cinquièmes environ rentrent dans le même service, 1 cinquième rentre dans les services voisins et 1 cinquième va se faire traiter dans les autres hôpitaux et en ville. Comme les conditions sont les mêmes pour tous, on voit que les comparaisons sont possibles et qu'elles donnent un résultat. C'est ce que j'ai déjà fait l'an dernier en comparant les récidives du service voisin du mien avec les récidives de mon service. C'est ce que je fais cette année en comparant les résultats de M. Liégeois avec les miens. Certes il serait meilleur que nous vissions toutes les récidives, mais, faute de mieux, nous pouvons raisonner sur la comparaison des récidives que

nous observons dans nos services et qui sont une fraction proportionnelle de la somme des récidives.

Pourquoi M. Le Fort demande-t-il cette rigueur absolue et impossible à réaliser? pour défendre une thérapeutique fondée sur l'empirisme le plus vulgaire, pour laquelle il n'a été fait aucune statistique affirmative et dont on justifie l'efficacité par ces phrases : *Depuis trois siècles on donne du mercure*; ou *nous avons vu le mercure réussir*. En vérité, ce ne sont point des preuves, et quand l'on veut prouver quelque chose, il faut d'autres raisons.

En médecine, comment prouve-t-on l'efficacité d'un médicament? Par une expérience renouvelable journellement et à volonté : c'est ainsi que l'on constate l'action de l'opium, l'action mydriatique de la belladone. Ce n'est pas comme cela qu'on peut prouver l'efficacité du mercure. On prouve encore par des séries d'observations, ou par des statistiques. Si je vous avais apporté ici des observations favorables au traitement que j'emploie, vous auriez eu le droit de me dire que je donnais des observations de choix. Reste la statistique, et c'est elle que j'emploie en me servant des éléments que je puis recueillir, et qui sont suffisants pour la comparaison avec d'autres éléments du même ordre.

M. Le Fort a dit qu'il avait, dans son service à l'hôpital Cochin, une malade déclarée guérie par moi et présentant à son entrée dans la salle de notre collègue une récidive de plaques muqueuses. Cela ne m'étonne pas, et je suis prêt à ajouter cette malade au chiffre de mes récidives. Mais ce que M. Le Fort aurait pu remarquer, c'est que la malade était parfaitement guérie d'une iritis syphilitique grave traitée sans mercure dans mon service, et que cette femme avait conservé l'intégrité de sa vision.

M. Le Fort a rafraîchi un argument que M. Panas a produit il y a 2 ans; il a dit que les mesures disciplinaires que j'employais empêchaient les malades de revenir dans mon service. J'ai répondu en montrant à M. Panas que j'avais reçu pendant un même temps plus de malades venant de son service qu'il n'en avait reçu venant de mon service. M. Le Fort aurait pu se souvenir de cette réponse, et n'aurait point renouvelé une interprétation qui n'avait rien de scientifique.

Je ne répondrai pas à une partie de l'argumentation de M. Liégeois : ce qu'il y avait de personnel dans son discours était le fruit de l'entraînement de l'improvisation. M. Liégeois m'en a donné l'assurance après la séance. Je ne parlerai donc point du jugement porté sur ma statistique, ni de l'interprétation de M. Liégeois à l'é-

gard des malades de son service qui rentraient dans le mien, ni des erreurs de chiffres dont M. Liégeois est redevable à celui de ses élèves qu'il a chargé de prendre des renseignements sur mes malades. Ceci n'est point un reproche : les élèves dévoués à leur maître ne méritent que des éloges ; mais, on est obligé de le reconnaître, leur expérience n'est pas toujours à la hauteur de leur dévouement.

Je m'arrêterai à quelques arguments de M. Liégeois. Notre collègue a rappelé ma statistique de 1868 et l'a comparée à la sienne de cette année. Cette comparaison avait été déjà faite, je la complète aujourd'hui avec les documents fournis par M. Liégeois ; cette comparaison juge le protoiodure.

J'ai reçu, en 1867-68, 359 malades ; j'ai revu 36 de mes malades dans mon service ; sur ce nombre, 18 avaient été traités plus de deux mois dans mes salles. MM. Liégeois et Panas avaient reçu, dans le même temps, 334 malades, déduction faite des enfants syphilitiques qui ne pouvaient rentrer dans mes salles. J'ai reçu 33 malades venant du service de ces collègues ; 18 de ces malades avaient subi un traitement mercuriel de plus de deux mois. Vous voyez, rien que dans mon service, j'ai reçu en proportion plus de malades traités dans le service voisin du mien que de mes malades. Pour la somme totale des récidives observées dans les deux services, j'arrive, en ajoutant les chiffres donnés par M. Liégeois lui-même, 14 de ses malades et 12 des miens (dont une au moins n'avait pas la syphilis dans mes salles), au chiffre de 47 récidives pour les deux services. Or, comme j'ai plus de malades, l'égalité des récidives constitue un désavantage pour le service voisin du mien, où l'on donnait du mercure.

Pour ce qui est de la comparaison de mes statistiques avec celles de M. Liégeois, elles supportent toutes d'être comparées avec celles qui renferment les cas de traitement par les injections de sublimé. En effet, en 1867, 9 p. 100 de récidives, dans mon service, bien entendu ; en 1868, 9 p. 100 ; en 1869, 9 p. 100. Qu'a eu M. Liégeois ? 14 p. 100 de récidives pour sa première année.

M. Liégeois nous a montré un malade qu'il traite par les injections. Voilà déjà huit mois que ce malade est soumis aux préparations mercurielles, qui ont fait rien ou peu de chose. Ce que ce malade a gagné était attribuable à l'évolution naturelle de l'éruption. Le malade est amélioré, nous dit M. Liégeois, mais je l'ai trouvé seulement plus propre. Je l'ai déjà dit d'ailleurs, s'il prend beaucoup de mercure il pâlira et ses éruptions pâliront ; mais pour que le mal disparaisse, il faudra peut-être encore huit semaines, sauf une récidive.

Ce malade est dans la même condition que cet autre dont notre collègue nous a parlé, et dont l'iritis durait et a cédé à des injections faites après plusieurs semaines d'un autre traitement mercuriel.

M. Liégeois me dit de montrer ici des malades ; mais est-ce possible ? les femmes se prêtent difficilement à ces exhibitions. Nous avons à Lourcine des femmes bien dépravées, mais il leur reste un peu de pudeur et elles ne veulent pas être montrées. En revanche, on peut les venir voir dans mon service.

Un mot encore sur l'embonpoint que le mercure donne aux malades. Messieurs, la théorie succombe devant ce fait, que les ouvriers qui travaillent le mercure ou avec le mercure, tels que les miroitiers et les chapeliers, ne gagnent pas d'embonpoint. M. Liégeois a expliqué la contradiction des chiffres que j'avais montrée en disant que les individus réagissent différemment pendant l'usage des toniques et des injections mercurielles. Je comprendrais cela s'il s'agissait de 8 ou de 10 malades ; mais quand nous avons 9 malades d'une part, 74 d'une autre et 19 d'une autre, je n'admets pas que 74 malades soumis aux injections aient tous un tempérament également différent de 19 malades soumis aux injections et aux toniques. Vous vous rappelez les chiffres et vous avez pu voir que, défalcation faite de ce qui résulte de la médication tonique ou des injections sous-cutanées, le reste du chiffre représentant l'embonpoint acquis par les malades soumis aux toniques et aux injections ne correspond nullement au chiffre indiquant l'embonpoint acquis par les malades soumis aux toniques ou aux injections. Cette contradiction suppose des erreurs dans les expériences, ou elle est la négation de la théorie.

Les injections de sublimé sont à faible dose ; il y a peu d'absorption, et, quand il y en a, il y a une salivation brusque cessant de même ; ce qui a été absorbé s'élimine vite ; cela existe quand un vaisseau un peu gros a été ouvert. Dans le cas contraire le sublimé s'unit à l'albumine dans le tissu cellulaire et l'absorption n'existe pas immédiatement, ou s'exerce dans une très-minime proportion et s'élimine très-vite sans passer par le foie comme quand le médicament est donné par le tube digestif. La solution employée par M. Liégeois présente d'ailleurs une particularité. Si on la traite par la solution d'iodure de potassium et si on compare le résultat avec celui de la même réaction chimique faite pour la liqueur de Van Swieten, on voit que la solution de sublimé de M. Liégeois précipite en jaune, tandis que la liqueur de Van Swieten donne le précipité rouge caractéristique des solutions de sublimé. Sans doute le chlorhydrate de morphine qui est dans la solution employée par M. Liégeois agit sur

le sublimé et le transforme. Il y a là quelque chose que je signale à l'attention de M. Liégeois. Mais j'admets qu'il y ait du sublimé d'absorbé ; il y en a assez peu d'administré (14 centigrammes pour 66 injections, M. Liégeois vous l'a dit) pour que je sois autorisé à dire que si M. Liégeois voit ses malades en bon état, c'est parce qu'il ne leur donne presque pas de mercure.

Mon collègue repousse le rapprochement que j'ai établi entre la syphilis et les infections purulentes et les infections par un virus tel que la variole. Il croit que la syphilis est constituée par des humeurs virulentes ; mais où sont-elles ces humeurs virulentes ? cheminent-elles dans l'économie par des canaux spéciaux ou sont-elles dans le sang ? Si elles sont dans le sang, elles y sont comme le virus varioleux, comme les globules sanguins malades de l'infection purulente. On voit donc que les humeurs virulentes ne sont qu'une contradiction de mots opposée à la théorie de l'infection purulente syphilitique.

Cette infection, messieurs, je le répète, commence comme les autres infections : un poison est introduit dans les vaisseaux. Peut-être, et c'est une hypothèse, le mal marche plus vite quand l'absorption a lieu par les veines, et dans ce cas il y a des syphilides généralisées, prématurées ; plus lentement quand l'absorption a eu lieu par les lymphatiques. Une fois introduit dans le sang, il y a des globules sanguins qui s'altèrent, cheminent partout et vont s'arrêter sous forme d'infarctus dans les capillaires de la peau où ils forment les roséoles et les syphilides sous forme de squames ou de croûtes ; tout ce qui est incapable d'être repris par l'économie se trouve éliminé. Qu'on ne me dise pas qu'une telle élimination est une hypothèse. La variole est une infection où tout ce qu'il y a de sang malade est éliminé en une seule éruption. En effet, quand les pustules ont paru, ont suppuré et se sont desséchées, quand les croûtes sont tombées, l'individu n'a plus la variole. Je vous ai déjà signalé ce rapprochement dans mes précédentes statistiques, j'y insiste de nouveau aujourd'hui.

Que l'élimination ne soit pas régulière, qu'il y ait parfois des lésions du poumon, du foie, des infarctus, je le sais, et ces lésions existent dans la syphilis au même titre que dans l'infection purulente. Mais elles guérissent seules dans un bon nombre de cas, et cela prouve que l'infection syphilitique est la moins immédiatement grave de toutes les infections. Cela empêche-t-il qu'il y ait un rapprochement entre la syphilis et les autres infections ? Non, messieurs, et je place encore ici un des motifs de ne pas croire à la spécificité du mercure,

Il n'y a pas de spécifique contre la variole. Il n'y a pas de spécifique contre l'infection purulente : pourquoi y aurait-il un spécifique contre l'infection syphilitique ?

Je ne répéterai pas ce que j'ai dit il y a deux ans des poisons et des contre-poisons, et de l'élimination spontanée des poisons introduits dans le sang : je ne veux pas abuser des moments de la société ; mais, à cet égard encore, je n'ai point changé d'opinion. Le poison syphilitique peut être éliminé comme les autres poisons. Je m'arrête, messieurs. Pardonnez mon obstination et n'y voyez que la mesure de mes convictions.

M. LÉON LE FORT. M. Desprès ne paraît pas avoir compris la nature et la portée des reproches que j'adresse à sa statistique et aux prétendues preuves qu'elle apporte à l'appui de l'efficacité du traitement tonique et réparateur, c'est-à-dire à l'abstention.

J'ai montré que la statistique de notre collègue manque de base, puisqu'il n'a pas suivi ses malades hors de l'hôpital ; qu'il ne connaît pas le chiffre des récidives, mais seulement le chiffre des malades que le hasard a ramenées dans son service. M. Desprès croit qu'il a fait une comparaison sérieuse parce qu'il a comparé le chiffre des malades revenues dans ses salles au chiffre des malades rentrées dans les salles de ses collègues. Si en latin deux négations valent une affirmation, en science deux erreurs n'ont jamais fait une vérité. C'est parce que nous ne pouvons savoir ce que deviennent nos malades que je n'ai pas voulu me servir des six mille observations que j'ai prises à l'hôpital du Midi, observations parmi lesquelles s'en trouvent un grand nombre qui ont trait à des syphilis, pour établir la fréquence plus ou moins grande de la récidive chez mes malades. J'ai dit que je ne voulais pas rentrer dans une discussion qui a été épuisée il y a deux ans ; je me borne à rappeler qu'autorisé moralement par le rapport de M. Dolbeau, j'ai voulu voir, à cette époque, ce que produirait l'abstention sur la marche des accidents. Chez tous, les accidents ont continué avec une durée bien plus grande ; chez quelques-uns, j'ai dû revenir de suite au traitement mercuriel, car il y avait péril à s'abstenir plus longtemps, et j'ai dû le faire bientôt pour tous, car, voyant les effets fâcheux de l'absence du traitement spécifique, j'aurais été, en raison de mes convictions, coupable de continuer une expérience nuisible aux malades dont la santé m'était confiée.

Quant à l'exemple que j'ai cité, je m'en suis servi, non pour inculper notre collègue, mais pour montrer le peu de valeur de sa statistique. Chacun de nous a ses défauts, mais il est une qualité que

je me plais à reconnaître chez M. Desprès : c'est la loyauté. En montrant une récidive chez une malade *comptée par lui comme guérie parce qu'elle n'était pas retournée à Lourcine*, j'ai voulu montrer tout ce qu'avait de peu sérieux la base d'évaluation acceptée par notre collègue.

M. TRÉLAT. Je n'ai pas l'intention d'aborder le fond de la discussion pendant actuellement, et j'avais pensé que les paroles prononcées par notre collègue M. Le Fort, à propos de la statistique, dans la dernière séance, seraient suffisantes pour démontrer l'erreur de méthode qu'a commise M. Desprès. Cependant il vient encore de revenir sur la valeur probative de ses statistiques ; il y insiste, et cet argument pourrait impressionner quelques-uns de nos collègues et la nombreuse assistance qui nous écoute. Il n'a, suivant moi, comme suivant M. Le Fort, absolument aucune valeur.

En effet, M. Desprès traite ses malades suivant sa méthode ; tôt ou tard elles quittent son service ; puis, comme il est dans la nature de la vérole d'avoir des manifestations récidivistes, quelques malades, en nombre variable, reviennent lui demander des soins. Il connaît donc : 1° le nombre de malades traitées ; 2° sur ce nombre, le chiffre de malades revenant à l'hôpital dans son service, et avec ces deux nombres il dresse la proportion suivante : Les malades rentrantes sont au total de nos récidives comme x est à 100 ou 1,000. Or, comme dans cette proportion, deux termes, les deux termes moyens, sont absolument inconnus, il en résulte qu'il n'y a ni proportion, ni équation ; il y a seulement illusion.

C'est sur cette vérité d'arithmétique élémentaire que j'ai voulu appeler l'attention de notre auditoire pour lui faire bien saisir la complète inanité des conclusions de notre collègue.

Que M. Desprès cherche tout ce qu'il voudra à l'aide de ses chiffres, si son traitement agit plus ou moins vite que d'autres sur tel accident ou sur l'ensemble des accidents ; qu'il étudie numériquement tous les faits qui se passent sous ses yeux et qu'il en tire toutes les conclusions que comporte une méthode rigoureuse, rien de mieux et de plus juste ; mais qu'il évite de se faire illusion à lui-même, de faire illusion à ceux qui l'entendent, en enjambant ainsi d'inconnue en inconnue pour arriver à l'erreur.

Encore une fois, je n'aurais pas pris la parole après M. Le Fort s'il ne s'était agi d'un vice de méthode scientifique pouvant compromettre la méthode elle-même si la vérité n'était rétablie.

M. LIÉGEOIS. Messieurs, je partage complètement l'avis de mes deux collègues MM. Trélat et Lefort. Je pense comme eux que nos

statistiques en syphilis, celles du moins qui sont faites dans le but de déterminer le nombre des récidives chez les sujets soumis à tel ou tel traitement, ne peuvent jamais représenter la vérité toute entière, car il nous est toujours impossible de connaître le nombre exact de malades ayant récidivé; mais quand il s'agit d'apprécier un procédé thérapeutique nouveau, si imparfaites que soient les statistiques du genre de celles dont je parle, on ne peut s'en passer malgré leur imperfection. En réalité, la valeur d'un procédé appliqué au traitement de la syphilis ne se déduit pas seulement de la plus ou moins grande facilité avec laquelle ce procédé fait disparaître les accidents secondaires, mais encore de son influence plus ou moins efficace contre le retour de ces accidents. Il est bien évident que si j'avais complètement laissé de côté l'élément récidive, votre jugement sur la méthode eût été bien plus difficile à porter qu'en vous donnant sur cet élément des chiffres, tels que j'ai pu les recueillir en y mettant tout le soin désirable.

Je ne connais, en Europe, qu'un seul hôpital de vénériens qui permette de faire des statistiques portant avec elles un cachet de certitude presque absolue. C'est l'hôpital de la Charité de Berlin. Le service des femmes est composé presque exclusivement de femmes publiques forcées, par ordre de la police, d'y séjourner dès qu'elles sont reconnues malades. Ces femmes ne peuvent sortir que quand elles sont guéries, si bien qu'on n'a pas à compter avec les améliorées. Et, comme elles sont obligées de venir à époque fixe se faire visiter par le chirurgien de l'hôpital, celui-ci peut savoir, en général, pendant un très-long temps du moins, si, oui ou non, elles ont eu des rechutes. C'est la raison pour laquelle je regarde la statistique de G. Lewen comme supérieure à toutes celles qui ont pu être faites jusqu'ici. Mais pour ce qui concerne les hommes syphilitiques, G. Lewen se trouve en face des mêmes difficultés que nous à Paris, qui n'avons aucune prise pour retenir nos malades à l'hôpital jusqu'à leur entière guérison, et qui ne sommes jamais sûrs de les retrouver une fois qu'ils nous ont quittés. On comprend qu'avec les avantages que lui fournit son service de femmes, au point de vue des statistiques à dresser, Lewen n'en fasse pas sur les hommes. Quant à nous, à défaut de pareils avantages, nous devons faire comme nous pouvons et non comme nous voudrions.

J'arrive aux objections de M. Desprès. Je m'étonne, d'après ce que j'ai rappelé dans la dernière séance, que M. Desprès revienne toujours à comparer ses résultats avec les miens. Pour la troisième fois, je rappelle donc, car je tiens à ce que ce fait soit bien établi, que

l'année 1868 a été consacrée à expérimenter les injections de sublimé, en mettant à l'écart toutes les influences qui pourraient favoriser la méthode; ni cautérisations, ni bains, ni lotions de quelque genre que ce soit n'ont été faites. Mon but a été surtout de connaître la part réelle d'action des injections; plus tard je publierai les résultats statistiques, qui me donnent actuellement la combinaison des injections avec le traitement local. Si M. Desprès avait traité des syphilitiques par des toniques exclusivement, comme j'ai traité la plupart des miens exclusivement par des injections de sublimé, nous serions alors dans les mêmes conditions l'un et l'autre, et nous pourrions discuter sur la valeur respective de nos deux traitements.

Mais, vous le savez, messieurs, on ne guérit pas par les toniques seuls, il leur faut l'adjuvant de moyens locaux; par conséquent, les toniques ont, pour la guérison des malades de M. Desprès, une part infiniment moins grande que le traitement local. A la proposition que j'ai faite à M. Desprès, dans la dernière séance, de présenter ici, comme moi, des malades soumis par chacun de nous à notre traitement particulier, M. Desprès répond aujourd'hui que les femmes de Lourcine manquent de vêtements convenables, ou bien que la honte ou la pudeur s'oppose à de semblables exhibitions. Mais je propose alors à M. Desprès de mettre en expérience de ses malades et des miens dans des maisons particulières placées au voisinage de nos hôpitaux; ces malades pourront être visités facilement par nos collègues, et nous pourrions nous-mêmes aux frais de leur logement et de leur nourriture; seulement, il sera bien entendu que M. Desprès usera seulement des toniques et de tout le confortable qu'il voudra, moi seulement des injections; je laisserai même de côté le confortable.

Je n'insisterai pas sur la critique faite par M. Desprès à la statistique comparative des deux services de Lourcine, le sien et le mien, statistique que j'ai présentée dans la dernière séance, et qui porte sur nos malades de 1867; qu'il me suffise de dire : 1° que les chiffres de cette statistique ont, j'en suis certain, été pris avec le plus grand soin par un de mes élèves dévoués; 2° que les nouveau-nés dont il parle ne sont pas compris dans le nombre de mes malades comme il le dit; 3° que ma statistique comparative ne porte que sur onze mois, et celle de M. Desprès sur douze; 4° enfin, qu'il n'y avait pas dans les récidivées de M. Desprès la femme dont il a cité le nom et qui, à son dire, aurait été atteinte de chancre mou. Car j'ai à ma disposition non-seulement des chiffres, mais les noms, les âges, les

professions. De plus, les pancartes de toutes les femmes comprises dans les récidives de M. Desprès portaient toutes le diagnostic syphilis.

M. Desprès veut encore aujourd'hui, malgré la critique que je lui ai opposée, que le nombre des récidives chez les sujets traités par les préparations mercurielles soit toujours plus considérable que le nombre des récidives chez les sujets traités par les toniques.

Mais, dans la dernière séance, je disais qu'à cette époque il y avait dans le service de M. Fournier, à Lourcine, sept malades qui avaient été traitées pour la syphilis chez M. Desprès; or cette semaine il en est rentré encore deux autres, ce qui porte le chiffre à neuf. J'ajoute que, pour bien m'assurer de la réalité de ces récidives, j'ai prié l'élève qui m'avait fourni ces renseignements de s'assurer de nouveau s'il ne se serait pas trompé. Il a revu et interrogé les femmes dont il m'avait donné le nom, a été visiter les registres de l'hôpital, et le nombre des récidives de notre collègue n'a pas diminué pour cela. Quelle valeur attacher alors à la statistique de l'an dernier de M. Desprès, statistique qui donne 9 pour 100 de récidives, alors que dans le moment actuel seulement il y a dans les salles voisines des siennes neuf malades récidivées? M. Fournier, du reste, m'a fait offrir pour la discussion toutes les observations des malades de son service; parmi celles-ci, j'en trouverais, m'a-t-on dit, un très grand nombre qui avaient été traitées par les toniques avant d'être traitées par le protoiodure; dans le cas où la société ne serait pas suffisamment éclairée sur le point en question, j'accepterais l'offre de mon collègue.

J'arrive à la critique faite par M. Desprès aux injections hypodermiques de sublimé à petites doses. Tout d'abord, M. Desprès nie que mes malades augmentent d'embonpoint sous l'influence de mon traitement. Pour toute réponse, je prierai M. Desprès de vérifier par lui-même mes résultats. Par cela même qu'ils sont basés sur le nombre considérable de 74 pesées, ils me paraissent être à l'abri de tout doute.

Du reste, on le sait, l'embonpoint déterminé par le système du sublimé n'a pas été seulement constaté sur des sujets atteints de syphilis, mais sur des sujets sains qui, pendant leur séjour à l'hôpital, ont augmenté de plus de 3 kil. Il a été constaté aussi sur des lapins, qui évidemment n'avaient pas la syphilis. Quelles preuves plus convaincantes faut-il donc à M. Desprès? A la vérité, au sujet des lapins, M. Desprès m'a fait à la dernière séance une objection à laquelle j'ai oublié de répondre. Les deux animaux que j'ai présentés

à la société, a-t-il dit, étaient en voie de développement, et leur augmentation de poids n'a été que le résultat de l'augmentation progressive et naturelle de leurs corps. Je l'avoue, je ne savais pas leur âge ; mais je dois dire seulement que j'avais bien recommandé à la personne qui devait m'acheter ces lapins de les prendre aussi volumineux que possible. En tout cas, la quantité de graisse que contenaient le péritoine et le tissu cellulaire périnéphrétique était la preuve incontestable, du moins, que le mercure n'avait pas provoqué leur dépérissement.

Mais M. Desprès doit se rappeler que deux autres lapins ont été pris par moi en expérience ; ceux-là provenaient d'une même portée et étaient venus au monde dans l'hôpital même. Ils ont été d'abord pesés, puis l'un a été mis aux injections de 1 mill., l'autre n'a pas reçu d'injections ; tous deux ont vécu pendant l'expérience dans la même case, ont pris la même nourriture. Or, au bout de vingt jours, celui qui avait été mis aux injections avait augmenté, par rapport à l'autre, de 100 grammes.

M. Desprès revient ensuite à nouveau à son petit calcul critique de mes pesées, et trouve que je n'ai pas répondu suffisamment à son objection dans la dernière séance. Mais cette critique est tellement peu fondée, que vraiment je n'ose m'y arrêter, craignant d'abuser des moments si précieux de la Société. J'ai dit qu'un malade mis aux toniques gagnait en moyenne moins qu'un malade mis aux injections seules de sublimé, et qu'un malade mis à la fois aux injections de sublimé et aux toniques gagnait plus qu'un malade mis exclusivement aux injections de sublimé.

Or, M. Desprès m'objecte que le poids moyen des sujets mis aux injections et aux toniques devrait représenter le total du poids moyen des sujets mis aux toniques et des sujets mis aux injections. Mais je n'ai qu'à répéter ici ce que j'ai dit dans la dernière séance. N'avons-nous pas affaire à des organismes différents influencés d'une façon variable par le médicament qui leur est donné ? N'avons-nous pas affaire à des sujets qui sont demeurés un nombre de jours variable à l'hôpital, qui ont reçu un nombre variable d'injections ? Comment dès lors arriver à des équations telles que les désire M. Desprès ?

M. Desprès trouve encore mes résultats en contradiction quand je constate d'une part que le protoiodure de mercure fait maigrir, d'autre part que les injections de sublimé augmentent l'embonpoint. Mais c'est précisément là le plus important de mes recherches, en ce qu'elles démontrent que le mercure agit sur l'organisme d'une façon différente suivant la quantité absorbée. Sans doute, la dose de

0,10 cent. de protoiodure, comme on la donne, est dénutritive; à cette dose le mercure dénoutrit tout, et les tissus sains et les productions hyperplasiques; quand M. Sée a émis le premier cette idée, il a eu complètement raison. Mes pesées viennent confirmer de la manière la plus nette son opinion. Le sujet que je vous ai présenté vient aussi à son appui. Avec les fortes doses que j'ai données au début du traitement, ce sujet a notablement maigri.

Mais le mercure à faible dose a une action bien différente; tout en dénoutrissant, il contribue à nourrir; les pesées et les analyses d'urine de M. Byasson, mes propres pesées le prouvent, la suite de l'observation de mon sujet le prouve aussi. En effet, j'ai chez celui-ci cessé les fortes doses au moment où les accidents périphériques étaient notablement amendés, et leur ai substitué ma dose habituelle de 0,004. Or, peu de temps après, ce sujet a augmenté de poids et il continue à augmenter. Après l'avoir dénoutré, je le répare, et cela en excitant les phénomènes d'assimilation nutritive par de faibles doses du sublimé, sans augmenter même son régime habituel de l'hôpital, sans employer non plus de bains. M. Desprès s'étonne de ces résultats si opposés obtenus par un même médicament. Faut-il rappeler encore ici, pour ne citer qu'un exemple qui ne me fasse pas sortir du domaine de la syphilis, que l'iodure de potassium présente les mêmes particularités que le mercure? A la dose de 20, 30 cent., c'est un tonique; à la dose de 1, 2, 3 grammes, c'est un dénutritif, et c'est précisément en vertu de cette propriété qu'il favorise la résorption des productions hyperplasiques tertiaires, de même que le mercure, qui a de plus l'avantage sur l'iodure de potassium de résorber avec plus de facilité que lui les productions hyperplasiques secondaires.

J'arrive à un genre d'objections auxquelles, je l'avoue, je n'avais guère lieu de m'attendre, vous ayant rapporté, dans la dernière séance, quatre critiques différentes que M. Desprès avait déjà adressées à ma solution de sublimé, depuis que je pratique la méthode des injections, et de plus, ayant réfuté toutes ces critiques, je ne croyais guère qu'aujourd'hui j'aurais à en réfuter une cinquième. M. Desprès donc, qui, mercredi dernier, méconnaissait que le sublimé à petites doses était parfaitement soluble dans l'eau, vient aujourd'hui nous montrer, les réactifs en main, que ma solution n'est pas une solution de sublimé, comme je le crois; si j'ai bien compris, le chlorhydrate de morphine en contact avec le sublimé donnerait lieu à un corps nouveau que M. Desprès ne connaît pas, mais qui, à coup sûr, priverait le liquide de mes injections de l'agent que je

crois si puissant dans le traitement de la syphilis. Il traite devant nous la liqueur de Van Swiéten par l'iodure de potassium, et il produit une coloration rouge ; il traite ensuite ma solution par l'iodure de potassium, et il produit au contraire une coloration jaune. Mais M. Desprès oublie qu'une cuillerée de liqueur de Van Swiéten, c'est-à-dire 15 grammes, contient presque autant de sublimé que 80 grammes environ de ma solution. Il était bien facile de faire une expérience plus convaincante que celle-là : c'était de faire deux solutions égales de sublimé, et de mettre du chlorhydrate de morphine dans l'une, d'en priver l'autre, et de traiter alors chaque solution par l'iodure de potassium.

Je n'ai pas fait cette expérience ; si M. Desprès la réussit, il pourra peut-être trouver un nouveau composé inconnu jusqu'ici ; mais il n'en restera pas moins ce fait, que la solution, telle que je l'injecte dans le traitement de la syphilis, a une efficacité incontestable.

M. Desprès m'objecte encore que le sublimé, introduit dans le système circulatoire d'un animal, produit dans un temps extrêmement court la salivation, et que si c'était bien du sublimé que j'injecte, je devrais obtenir le même résultat ; mais M. Desprès a-t-il fait cette expérience, pour émettre une semblable assertion ? Si d'autres que lui l'ont faite, sait-il la dose de sublimé qu'on a injectée ? Du reste, M. Desprès doit savoir, sinon par sa propre expérience, du moins par l'expérience d'autrui, que la liqueur de Van Swiéten, malgré la dose de sublimé qu'elle renferme, ne donne pas nécessairement la solution.

Or, je ne comprends pas cette persistance de M. Desprès à ne point vouloir que j'injecte du sublimé à mes malades, et à persister à croire qu'ils guérissent simplement par de l'eau pure que je pousserais dans le tissu cellulaire.

Pourquoi alors M. Desprès n'accepte-t-il pas la proposition que je lui ai faite de mettre en parallèle ses malades traités par les toniques et les miens traités par l'eau ? Messieurs, les effets du sublimé injecté à petite dose sont trop certains dans la syphilis pour qu'on vienne leur opposer de pareilles objections ; les services que cette méthode appliquée à cette affection me paraît devoir rendre à la science et à l'humanité sont trop importants pour que je ne m'efforce pas de dissiper tous les doutes que pourrait faire naître le langage de mon adversaire.

Jusqu'ici le nombre des malades que j'ai traités par les injections dépasse le chiffre de 300, et tous ceux qui ont consenti à poursuivre leur traitement, c'est-à-dire à demeurer à l'hôpital au plus 50 à 60

jours, sont sortis guéris de leurs accidents, à part deux sujets atteints d'une forme contre laquelle le sublimé me parut insuffisant, la forme ulcéreuse. De plus, je vous ai cité des exemples qui prouvent qu'en augmentant les doses de sublimé on peut, presque à volonté, raccourcir le traitement, et en outre combattre avec de grands avantages, et cela dans un temps rapide, des accidents graves qui menacent la fonction d'un organe ou d'un appareil. Seulement, je le répète, sous un point de vue général, on ne doit pas perdre de vue que, plus les sujets guérissent vite plus ils sont exposés aux récidives. Je ne serai assurément pas toujours aussi heureux que je l'ai été; je suis du reste encore loin d'avoir traité par les injections toutes les formes de la syphilis : je ne puis pas, par conséquent, parler de celles qui n'ont pas été soumises à mon observation. Mais je tiens au moins à établir que les résultats que j'ai obtenus jusqu'ici avec la méthode hypodermique, et surtout ceux qu'a acquis avant moi G. Lewen, sont de sûrs garants des services que cette méthode est appelée à rendre. Je tiens aussi à montrer que les objections de M. Desprès sont incapables d'atténuer même la valeur de ces résultats.

Je ne m'arrêterai qu'un court instant sur la divergence d'opinion qui existe entre M. Desprès et moi touchant la pathogénie de la syphilis, m'étant arrêté déjà longuement sur ce point dans la dernière séance. Sans doute, le virus syphilitique a été considéré de tout temps comme étant constitué par des principes anormaux qui, pénétrant dans l'organisme, concourent à son infection. Mais, au lieu de considérer dans l'organisme syphilitisé ces principes comme radicalement distincts de ceux du sang, ainsi que le faisaient les anciens, les modernes, et à leur tête M. Robin, leur attribuent à juste titre le rôle de faire subir aux principes azotés du sang, par action de contact, des modifications isomériques en vertu desquelles leur état moléculaire s'identifie avec l'état moléculaire des premiers. Ces modifications une fois commencées, après la pénétration dans l'organisme d'une petite quantité de matière virulente, continuent à se réaliser de proche en proche dans la masse sanguine, et bientôt il en résulte que le liquide nourricier ne fournit plus aux tissus que des matériaux quaternaires, anormaux pour ainsi dire. D'après les idées que j'ai émises, c'est cette sorte d'altération du sang qui trouble les phénomènes nutritifs au point d'amener dans certains tissus une aberration de nutrition, se traduisant par des productions hyperplasiques.

Les divers traitements dirigés contre la syphilis ne doivent donc

pas tendre à éliminer un virus qui n'existe pas, mais à changer l'état du sang contaminé par des principes virulents. Et, pour atteindre ce but, ces traitements ne peuvent agir, à mon sens, que sur les actes nutritifs eux-mêmes. L'expérience et l'observation, en effet, m'ont conduit à reconnaître que le sublimé à petite dose sur-activait et l'assimilation et la désassimilation nutritives; il favorise par conséquent l'apport dans les tissus de matériaux nouveaux, le départ de matériaux anciens; de là une rénovation dans un temps relativement court des tissus et du sang; de là la guérison de la syphilis.

Comment, du reste, agiraient les toniques quand toutefois le traitement local a fait disparaître les accidents secondaires, sinon de la manière que je viens d'indiquer?

M. PANAS. Ayant eu comme mes collègues l'occasion d'observer longuement la syphilis, je tiens à joindre ma protestation à la leur. Une base d'appréciation fondée sur la fréquence relative des récidives serait bonne si une telle statistique pouvait être exacte; malheureusement elle ne l'est pas.

J'aurais été heureux de prendre cette base pour point de départ; mais ni au Midi, ni à Lourcine, ni même dans la clientèle civile à Paris, cela n'est pas possible. Pour savoir si un malade a une récidive, il faut pouvoir le suivre pendant de longues années, car cette récidive peut ne survenir que dans cinq ou dix ans. Ce n'est que dans de petites localités, là où tout le monde se connaît, et par conséquent aussi sur un fort petit nombre de malades, que de pareils renseignements peuvent être obtenus. Prendre pour arguments la fréquence ou la rareté des récidives, c'est s'appuyer sur une erreur, et cette erreur est formidable lorsque, ainsi que le fait M. Desprès, on ne s'appuie que sur des chiffres se rapportant à des malades venant librement réclamer des soins à l'hôpital et pouvant, en cas de récidive, ou ne pas s'y présenter, ou se faire admettre dans d'autres hôpitaux.

Mais, si nous ne pouvons suivre les malades, connaître les récidives, nous pouvons suivre la marche des accidents chez les malades que nous traitons; c'est là la base solide de toute observation de cette nature. Or, nous avons tous vu non-seulement que l'administration des mercuriaux modifiait cette marche, mais que la rapidité des modifications obtenues dépendait de l'agent thérapeutique auquel nous avons recours et de la manière de l'employer.

M. DESPRÉS. Je répondrai collectivement à MM. Trélat, Le Fort et Panas que du moment où l'on compte comparativement des malades

observés dans les mêmes conditions dans une proportion égale dans deux séries parallèles, c'est comme si l'on comparait deux lignes parallèles dans une certaine étendue de leur longueur. Bien que ces lignes soient infinies, on peut néanmoins, en effet, établir leurs propriétés l'une par rapport à l'autre, sans qu'il soit besoin de les avoir tout entières.

Je répondrai à M. Liégeois pour ce qui est des malades en récidive observées chez M. Fournier, que 3 des 7 malades dont il a parlé ne doivent pas compter. Une a été chassée de mon service pour troubles dans sa salle et n'a été traitée que quelques jours par moi. Une n'avait pas la syphilis dans mon service, au point même que, pour cette malade, M. Fournier a porté le diagnostic : chancre, accident primitif. Une qui avait de la syphilis dans mon service n'a, chez mon collègue, aucun accident syphilitique, elle a seulement les restes d'une gale ancienne, du prurigo et quelques pustules d'ecthyma ; elle est d'ailleurs enceinte de huit mois et supporte très-bien sa grossesse. M. Fournier a dans son service de mes anciennes malades comme j'en ai des siennes. Je n'avais pas répondu à M. Liégeois sur ce point, ne voulant pas redresser des erreurs matérielles qu'il doit aux personnes qu'il a chargées de prendre des renseignements.

M. Liégeois m'a proposé de traiter des malades par les toniques et de les comparer à ceux qu'il traitait par les injections. J'ai accepté ; seulement M. Liégeois ne voudrait pas que je cautérisasse les plaques muqueuses et les altérations et que je donnasse des bains. Or, ce traitement est celui que j'emploie à Lourcine et avec lequel j'obtiens de bons résultats. Vous voyez que c'est de la part de M. Liégeois que vient l'obstacle à l'expérience. Il me dit encore que je devrais traiter les malades par le mercure ; je n'ai pas besoin de cela. J'ai, pour comparer, les malades traités par le mercure qui viennent dans mon service.

M. LARREY. M. Desprès a-t-il la certitude que ses malades ne prenaient pas de mercure à son insu ? Alors que Desruelles et Devergie aîné avaient comme M. Desprès recours à l'abstention, bon nombre de leurs malades, inquiets d'être traités par la diète seule, prenaient souvent du mercure en cachette ; ils guérissaient, et Desruelles, comme Devergie, croyait avec une entière bonne foi les avoir guéris sans leur avoir donné de mercure.

M. DESPRÈS. Il est facile à Lourcine de savoir que les malades ne prennent pas de mercure. Outre qu'il leur serait difficile de s'en procurer, la plupart viennent précisément dans mon service afin de ne pas en prendre, car il y a quatre ans que je suis à Lourcine, et

mes opinions sur les dangers du traitement mercuriel sont connues dans un certain public.

M. FORGET. En demandant la parole mon intention n'est pas de rentrer dans une discussion qui paraît avoir suffisamment édifié la Société sur la valeur de la doctrine et les faits produits par notre collègue M. Després.

Je me bornerai à faire remarquer d'une manière générale le peu de solidité de ces faits, qui ne comprennent que les accidents primitifs de la syphilis, et leur insuffisance à pouvoir servir de base à la doctrine thérapeutique qui proscriit l'emploi du mercure dans le traitement de la vérole.

Je ne conteste pas qu'à l'aide du régime tonique ayant pour auxiliaire les bains et surtout la cautérisation des surfaces ulcérées, M. Després ne parvienne à faire disparaître certaines lésions anatomiques qui caractérisent la vérole récente, et n'existent encore, pour ainsi dire, qu'à fleur de peau dans l'économie.

Ce que M. Després obtient, tous ceux qui, bien avant lui, ont eu la prétention de guérir la syphilis sans mercure l'ont obtenu également.

Mais à côté et au delà de ces accidents du début de la syphilis, il ne faut pas oublier que cette maladie n'entache pas seulement l'organisme à l'heure où vous l'observez; que lente et insidieuse dans ses manifestations tardives, elle compromet l'organisme à une époque éloignée de son début; qu'elle se transmet par voie d'hérédité dans une descendance très-reculée, non plus avec sa caractéristique originelle, mais transformée et donnant lieu à la scrofule, à la tuberculose et à des néoplasmes variés qui envahissent les systèmes glandulaires et les tissus fibreux et osseux; toutes manifestations qui témoignent de l'imprégnation profonde de l'économie par le principe morbide; or, en présence de ces produits tardifs de la syphilis, il faut une foi robuste pour rejeter à l'origine de la maladie un agent thérapeutique que l'expérience des plus grands praticiens a accepté comme ayant le pouvoir, dans la plupart des cas, lorsqu'il a été bien administré, de préserver des funestes résultats que je viens de rappeler.

Il faut, je le répète, une foi bien robuste pour rompre ainsi avec la tradition des maîtres, qui ont puisé dans une observation prolongée, l'enseignement qu'ils nous ont transmis.

C'est, à mon sens, une chose très-grave, que de remettre ainsi en question des vérités thérapeutiques universellement acceptées, surtout quand il s'agit d'une affection qui, mal attaquée à son début,

peut avoir les conséquences les plus funestes non-seulement pour l'individu, mais encore pour l'espèce.

Avant de chercher à démolir un système de traitement mercuriel qui, sagement conduit, est, dans ma conviction, d'une efficacité incontestable, démontrez-nous son impuissance préservatrice, et faites au même point de vue la preuve de la supériorité curative du traitement que vous proposez.

Tant que vous ne l'aurez pas faite, la Société de chirurgie dont les faits et gestes fixent au plus haut point l'attention des praticiens, trouvera dans son sein des voix autorisées pour repousser la thérapeutique que l'on propose, et que pour ma part je considère comme l'inspiration d'une témérité dangereuse.

La clôture de la discussion, mise aux voix, est votée à la presque unanimité.

LECTURE

M. Krishaber lit un mémoire sur la laryngotomie thyroïdienne appliquée à l'extirpation d'un polype situé dans le ventricule du larynx.

Polype du ventricule du larynx. — Ablation après section du cartilage thyroïde. — Guérison avec conservation intégrale de la voix. — Le 2 décembre 1868, se présenta chez moi de la part de M. le docteur Ruffey, son médecin, M. Ch. B..., courtier en vins, âgé de 38 ans, demeurant à Paris.

Ch. B... a la voix rauque et la respiration bruyante; il est souvent pris d'accès de toux convulsive et éprouve une sensation de gêne qu'il ne peut définir. Son teint est pâle, sa figure maigre; l'aspect général dénote une souffrance continue et offre l'expression particulière d'une hématoïse incomplète.

Pendant le récit que me fait M. B..., je remarque que la parole est entrecoupée à la fin de chaque phrase par des inspirations longues et entendues à distance. Au repos, M. B... dit ne pas ressentir de gêne respiratoire en dehors des moments qui suivent les accès de toux; il n'en n'est pas de même lorsqu'il fait quelques mouvements rapides: dès qu'il monte l'escalier ou qu'il fait une course quelque peu forcée, il éprouve du malaise, est pris de palpitations et d'accès de toux qui le forcent à s'arrêter.

L'examen laryngoscopique fait reconnaître un polype isolé situé au niveau de l'attache antérieure des vraies cordes vocales, de façon à recouvrir une partie du ruban vocal du côté droit.

Ce premier examen est fait pendant l'inspiration la plus forte que puisse exécuter le patient. (Voyez fig. 1.) Mais la tumeur se présente d'une façon très-différente, suivant les divers mouvements exécutés avec les lèvres de la glotte. Dans la profonde inspiration, elle semble s'effacer, et on n'en aperçoit que la grosseur d'environ un pois, à contours irrégulièrement ovoïdes; la grosse extrémité tournée en arrière, vers la glotte inter-aryténoïdienne.



L. DEU AD NAT DEL

BLANDET, SC

Si le malade essaye d'émettre un son (du registre de la parole ordinaire), la tumeur grossit notablement, et recouvre alors les deux tiers de la corde vocale droite, et environ un quart de la corde vocale du côté opposé. (Voy. fig. 3.)

Si ensuite on engage le patient à simuler une note aiguë, la tumeur s'allonge en recouvrant la plus grande partie des lèvres de la glotte. Sa forme se rapproche de celle d'une massue légèrement étranglée, au-dessous de son extrémité renflée (V. fig. 2); le son est très-rauque, et l'inspiration faite immédiatement après ce dernier mode d'examen est plus bruyante et plus oppressée qu'à l'ordinaire.

La tumeur, quand elle tendait à reparaitre pendant l'inspiration, se cachait dans le ventricule de Morgagni du côté droit. Elle était d'un gris sale sur certains points, complètement blanche sur d'autres.

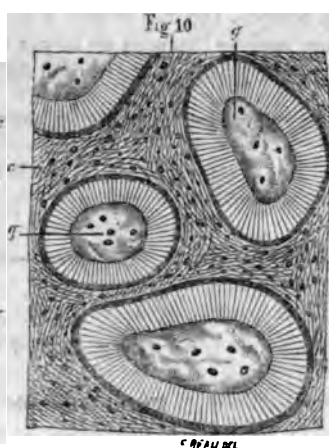
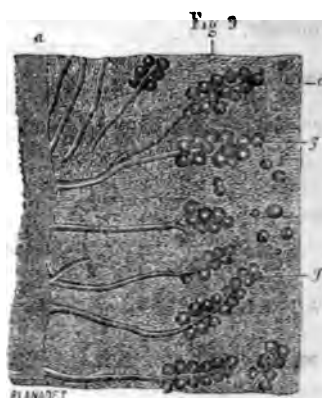
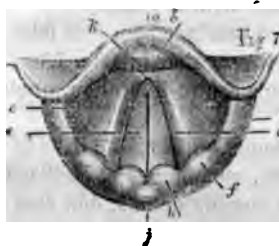
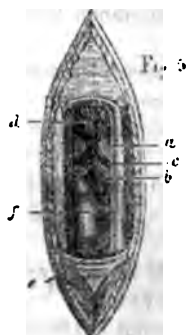
Toutes les tentatives d'extraction par arrachement, d'écrasement ou de destruction par cautérisation sur place, restèrent infructueuses à cause du mode d'implantation du polype. La tumeur fut érodée (Voy. fig. 4), mais non détruite.



M. Krishaber après 65 jours d'essais réitérés, se décida enfin à faire l'ablation de la tumeur par voies artificielles. Il fit la section du cartilage thyroïde à sa partie moyenne; il pénétra avec une pince dans le ventricule de Morgagni et coupa le polype à sa racine. (Voy. fig. 5 et 6, qui représentent le moment de l'opération.)

Le polype est représenté par la figure 8. Son examen microscopique, fait par M. Ramoir, par les figures 9 et 10. (Fibrome contenant un certain nombre de glandes.)

Le malade était complètement guéri le 35^e jour après l'opération. La voix est normale, sa santé générale s'est rétablie rapidement. La figure 7 représente le larynx normal, examiné le 41^e jour après l'opération.



Voici les conclusions de M. Krishaber :

1^o Il est des cas de polypes du larynx dans lesquels la destruction et l'extirpation par les voies naturelles deviennent impossibles; dans ces cas, on peut ouvrir le larynx directement, obtenir sa cicatrisation complète et la guérison du malade.

2^o Le choix du mode opératoire dépendra de la nature de la tu-

meur et de sa structure. L'ouverture du larynx peut être pratiquée sur les membranes du larynx ou sur un des cartilages.

3° Dans les cas où le polype est implanté dans le ventricule de Morgagni, la section doit porter sur le cartilage thyroïde.

L'écartement que l'on obtient ainsi est suffisant pour l'extraction d'un polype même volumineux, sans section des membranes thyro-hyoïdienne et crico-thyroïdienne.

La section de ce cartilage peut être faite en ménageant les cordes vocales et la voix reste alors intacte. L'ossification présumée du cartilage n'est pas une contre-indication, quoiqu'elle retarde la cicatrisation.

4° La laryngotomie, qui consiste dans la section en masse de tout le corps du larynx, membranes et cartilages, telle qu'elle a été exécutée un certain nombre de fois, doit être rejetée.

Lorsque, au moyen du laryngoscope, on a constaté le siège exact de la tumeur, il suffit d'ouvrir le larynx sur ce siège exact.

5° De tous les procédés employés jusqu'à ce jour pour l'extraction des polypes, l'opération dont je viens de donner l'histoire est celle dans laquelle l'incision du larynx est la moins étendue. C'est à ce procédé que j'attribue la guérison du malade.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 7 JUILLET 1869

Présidence de M. LAGNEAU

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux suivants :

Gazette médicale de l'Algérie, Union médicale, Gazette des Hôpitaux, Gazette hebdomadaire, Revue d'Hydrologie médicale, Sud médical de Marseille, Journal de médecine de l'Ouest, Bulletin de thérapeutique.

— *Bulletin de la Société médicale de Reims.*

— *Statistiske Resultater stottede til 3000 paa Fodseelsstiftelsen i Christiania undersøgte sran gre og Fodende samt Born, par MM. Faye et Vogt, de Christiania.*

COMMUNICATION

M. Prestat (de Pontoise), membre correspondant, communique à la Société le fait suivant :

Plaie du larynx. — Suture de la plaie laryngienne. — Guérison par première intention. — M. PRESTAT. Je fus appelé, il y a environ huit ans, auprès du nommé Flavet (André), cultivateur à Puyseux-les-Pontoise, qui venait de se couper la gorge.

Cet homme, âgé de trente-cinq ans, atteint d'une affection rhumatismale chronique de la jambe droite, et depuis un an hors d'état de travailler, en avait conçu un vif chagrin; il fut, du moment où il perdit l'espoir de guérir, en proie à des accès d'hypocondrie avec tendance au suicide. Il avait déjà fait deux tentatives déjouées par la surveillance de sa femme. Ce matin-là, profitant d'une courte absence de celle-ci, il se porta, à la partie antérieure du cou, un coup de rasoir qui lui fit une large et profonde plaie et amena une hémorrhagie abondante, probablement plus veineuse qu'artérielle, car elle s'arrêta spontanément.

J'arrivai auprès de Flanet, environ une heure et demie après la tentative de suicide, et je le trouvai dans l'état suivant :

Le malade était couché, la partie supérieure du tronc et la tête soutenus par des oreillers, la face pâle, anxieuse, le pouls faible.

Une large plaie transversale s'étendait d'un muscle sterno-mastoïdien à l'autre, et laissait voir l'intérieur du larynx divisé dans toute sa largeur au niveau du tiers supérieur du cartilage thyroïde. Le rasoir avait passé immédiatement au-dessus des cordes vocales supérieures sans les blesser, laissant intacte la glotte. La paroi postérieure du larynx était indemne. Lorsqu'on relevait la tête, l'air passait par la plaie et la voix ne se formait pas. Si on baissait la tête, les deux lèvres de la plaie du larynx s'affrontaient exactement, la respiration s'exécutait facilement et la voix se produisait, seulement son timbre était très-sourd.

Dans le côté gauche de la plaie cutanée, on voyait battre l'artère thyroïde supérieure, complètement isolée sur une étendue de trois centimètres.

Je pensai que si l'on pouvait obtenir la réunion immédiate et exacte de la plaie du larynx, ce serait un très-grand avantage pour le blessé, et je me résolus d'affronter, aussi exactement que possible, les deux bords de la plaie laryngienne. Je me décidai, après m'être assuré à plusieurs reprises que la respiration était facile, les deux parties du larynx étant maintenues rapprochées pendant plusieurs minutes, à pratiquer la suture de cette plaie, encouragé que j'étais par la certitude que me donnait la vue du cartilage thyroïde, qui n'était pas encore ossifié.

Après un nettoyage très exact de la plaie, une aiguille garnie d'un double fil ciré traversa, poussée par une pince porte-aiguille, d'abord, la partie gauche du cartilage thyroïde, à un demi-centimètre au-dessus de la plaie, de dehors en dedans, et ressortit dans la plaie entre le cartilage et la membrane muqueuse laryngienne dans le tissu sous-muqueux qui était plus lâche que je ne l'aurais pensé. Puis je passai la même aiguille de dedans en dehors et de bas en haut dans le fragment supérieur du cartilage. J'éprouvai plus de difficulté pour cette seconde partie de l'opération que pour la première, mais je réussis à ne pas blesser la muqueuse laryngienne.

Un fil double fut placé de même sur le côté du larynx avec les mêmes précautions. Il me fallut près de dix minutes pour bien placer mes deux points de suture, mal aidé que j'étais par les parents du malade, gêné par les secousses de toux du blessé, et forcé par sa faiblesse de le laisser reposer. Il me fut ensuite facile de rapprocher les deux lèvres de la plaie du larynx et de nouer mes deux sutures par un nœud double.

L'artère thyroïdienne, crainte de la voir s'ulcérer, fut liée près du larynx et à sa sortie du fond de la plaie, et coupée entre les deux ligatures.

Au bout d'un quart d'heure, voyant que la respiration se faisait régulièrement, qu'il n'y avait pas de toux et que l'air ne passait pas par la plaie (je m'en assurai en approchant de la suture du larynx une allumette enflammée). Je réunis la plaie cutanée par quatre points de suture séparés, entre lesquels je laissai passer les bouts de ma suture laryngienne et de mes ligatures. La plaie fut recouverte d'une simple compresse imbibée d'huile.

La tête fut maintenue fléchie en avant par deux compresses longuettes fixées au bonnet du malade d'un bout et de l'autre à un bandage du corps.

Je recommandai le silence, le repos absolu, permettant quelques boissons et un peu de bouillon.

Au bout de quelques heures, je revis Flanet et je constatai avec plaisir que la respiration continuait à être facile, qu'il n'y avait pas de toux et qu'il ne s'était pas produit d'emphysème, accident que je redoutais. En outre, à la condition de boire lentement, la déglutition était facile.

Une potion calmante procura la nuit suivante un sommeil assez calme, quoique interrompu.

Les jours suivants se passèrent sans accidents. Il était possible à Flanet de parler sans douleur, mais sa voix était sourde. La réunion de la plaie cutanée se faisait immédiatement, sauf sur le trajet des ligatures et des sutures laryngiennes. Le malade était nourri d'aliments liquides, tapioca, lait, chocolat.

Le sixième jour, j'enlevai les points de la suture cutanée qui, sauf le passage des fils de la suture profonde, était tout à fait réunie. Les ligatures artérielles s'était détachées la veille.

Le dixième jour, je coupai au-dessous du nœud un des côtés de la suture gauche du larynx et la retirai avec facilité. Celui du côté droit fut plus difficile à enlever. La peau ne laissait qu'une très-petite ouverture, par où il m'était impossible de passer le bout de ciseaux, même très-fins, et le malade ne voulait pas consentir à laisser agrandir l'ouverture. Enfin, le seizième jour, en tirant sur le fil, je pus faire saillir le nœud hors la peau et je coupai un des côtés au-dessous du nœud.

Pendant tout le temps que ces points de suture profonds étaient restés en place, ils n'avaient déterminé aucun accident du côté du larynx. Il n'y avait que de rares secousses de toux.

Le malade reprit ses forces assez rapidement, grâce à une nourriture plus substantielle que celle de premiers jours, et au bout de trois semaines, il était complètement guéri, sauf un petit point fistuleux correspondant au passage de la suture laryngienne droite, par lequel s'échappait un peu de pus. Le trente-troisième jour, un petit anneau osseux, très-mince, de deux à trois millimètres de diamètre sortit par cette fistule, qui se cicatrisa presque aussitôt. Ce petit anneau osseux était dû à une nécrose du cartilage sur le trajet de la suture.

Pendant les trois ans qu'il survécut, j'ai eu occasion de revoir plusieurs fois Flanet. Il n'avait conservé de sa blessure qu'une diminution du timbre de la voix, qui était voilée. Il n'y avait aucune tendance à la toux. Il succomba à une affection intestinale, par conséquent tout à fait étrangère à la plaie pour laquelle je l'ai soigné.

Parmi les réflexions que suggère cette observation, je noterai

d'abord que la netteté de la section du larynx et la facile coaptation qui en était la conséquence, étaient très-favorables à l'emploi de la suture. Toute plaie contuse, à bords éraillés, machés seraient, par le gonflement considérable et l'inflammation de la muqueuse laryngo-trachéale qu'ils amèneraient, une contre-indication à ce genre de pansement.

La laxité du tissu cellulaire sous-muqueux m'a permis de passer facilement les aiguilles sans blesser la membrane muqueuse. Puis, j'ai été frappé de l'inocuité de cette suture qui, sauf une nécrose d'une petite portion du cartilage, n'a donné aucun accident du côté des voies respiratoires. Je ne parlerai pas d'un peu de toux ; elle peut être plus justement attribuée à la plaie elle-même.

En provoquant la réunion immédiate de la plaie, la suture du cartilage thyroïde, a mis le blessé à l'abri des accidents que peuvent amener la suppuration de la plaie laryngienne, et notamment du rétrécissement ou de l'oblitération du larynx. Elle a eu aussi cet heureux résultat que, sauf un peu de raucité, la voix a été assez bien conservée pour que le blessé pût se faire entendre à plusieurs mètres.

Malgré tous ses avantages, la suture de la partie superficielle de la plaie a été fortement controversée et pendant longtemps repoussée par la plupart des chirurgiens. Elle m'a donné un très-bon résultat, et l'exakte coaptation des deux parties du larynx ayant mis mon blessé à l'abri de l'emphysème, je trouvais dans la suppression de la suppuration de cette plaie de grands avantages, et j'ai été assez heureux pour les recueillir.

Je pense que ce fait est de nature à encourager, en pareil cas, les chirurgiens à avoir recours à la suture de cartilages laryngiens, et même à tenter celle des parties molles, dût-on, s'il se manifestait un commencement d'emphysème, couper les fils de cette dernière.

M. GUYON. La suture du larynx ne paraît pas devoir être d'aucun avantage quant à la facilité et à l'intégrité ultérieures de la parole. Dans sa communication à la fin de la dernière séance, **M. Krishaber** nous citait un cas de section complète, mais il est vrai chirurgicale du larynx, il ne fit pas de suture et aussitôt le malade put émettre des sons. La suture n'aurait donc d'autre résultat que celui de permettre une cicatrisation plus rapide. Toutefois si le fait de **M. Prestat** est encourageant, il en est d'autres qui le sont beaucoup moins et l'on peut encore, par la suture de la peau, ajouter aux dangers de la suture profonde.

M. PRESTAT. Ce fait diffère beaucoup de celui de **M. Krishaber** :

outre que la plaie était chirurgicale, la suture du larynx était verticale; dans mon observation la plaie était transversale. La suture prématurée de la peau présenterait des dangers, mais il ne faut la faire que lorsque le malade respire bien et je ne l'ai faite qu'une demi-heure après la suture profonde.

M. VERNEUIL. Si M. Prestat nous présente son observation comme une exception heureuse je n'ai rien à dire; mais si on voulait en faire la règle de conduite, je m'élèverais contre cette pratique; l'emphysème n'est pas le seul accident à redouter, on a à craindre des cas de suffocation subite et mortelle, et ceux-ci ne sont pas très-rares. Loin de fermer les plaies du larynx, il faut les abandonner à elles-mêmes et souvent les faire bailler.

M. DEMARQUAY. Je suis d'autant plus frappé du résultat obtenu par M. Prestat que je n'aurais pas cru que la suture eût pu suffire à amener la cicatrisation. J'aurais craint de plus un œdème sous-glottique, et bien qu'il n'y ait pas eu d'accidents, je n'oserais pas suivre la pratique de notre collègue. La suture de la peau me paraît surtout dangereuse, car l'emphysème, s'il survenait, pourrait n'être que le premier degré d'un phlegmon de la région antérieure du cou, et l'on sait combien, dans de pareils abcès, le pus a de la tendance à fuser dans la poitrine.

M. PRESTAT. Moi aussi j'ai été très-inquiet du résultat, j'ai passé les premières heures auprès de mon malade et ce n'est que 24 heures après que j'ai été rassuré.

M. GUYON communique à la Société le fait suivant observé dans son service de l'hôpital Necker et présente la malade à la Société de chirurgie.

Luxation sous-cornéoidienne complète, datant de plus de trois mois. — Réduction. — Restitution de la forme et des mouvements. Observations recueillies par M. Reverdin, interne du service.

Augustine E..., âgée de 45 ans, entre le 20 avril 1869 à l'hôpital Necker, salle Sainte-Pauline, n° 12, dans le service de M. le docteur Guyon. Cette femme était atteinte depuis Noël, d'une affection indéterminée souvent compliquée de délire. C'est pendant cette maladie que survint l'accident qui l'amène et dont elle n'a qu'un souvenir un peu confus. Elle raconte seulement que dans le courant de janvier dernier, vers le 15 environ, son beau-frère, en la soulevant dans son lit, lui releva violemment le bras gauche; elle y ressentit une douleur vive et un craquement.

Depuis cette époque, elle se plaignait de souffrir dans son bras, vers la partie inférieure du deltoïde : elle pouvait se servir de son membre pour coudre, pour tenir son balai, mais il lui était impossible d'élever la main ou de la porter en arrière du tronc ; elle ne pouvait ni se peigner ni accrocher ses jupons ; le médecin qui la soignait lui fit faire des frictions avec diverses pommades, lui prescrivit des cataplasmes et lui appliqua un vésicatoire. Comme son état ne s'améliorait nullement, il lui conseilla d'aller à l'hôpital.

La malade se présente dans l'état suivant : le bras et l'avant-bras sont pendants le long du tronc ; l'épaule est aplatie et on sent facilement une forte dépression au-dessous de l'acromion : la tête humérale s'est portée en dedans, au-dessous de l'apophyse coracoïde qui répond à peu près exactement à son axe vertical ; par l'aisselle, on trouve cette tête très-élevée. En imprimant des mouvements au membre, on produit de gros craquements : on peut facilement imprimer ces mouvements dans tous les sens, mais ils sont plus bornés que du côté sain, et douloureux dès qu'ils sont un peu étendus. On peut cependant faire toucher le coude au tronc, mais il est impossible de porter la main sur la tête. La malade elle-même n'y parvient pas, et ne la porte pas mieux derrière son dos. Ceci paraît dû en partie au déplacement, en partie à l'atrophie très-notable du deltoïde et des autres muscles du bras.

Le diagnostic est ainsi posé : *luxation sous-coracoïdienne complète de l'humérus, datant de plus de trois mois : commencement de formation d'une nouvelle articulation, atrophie des muscles du segment luxé.* Le 22 avril, M. Guyon applique le nouvel appareil de MM. Robert et Colin ; la malade est chloroformée ; une traction de 85 kilogrammes, le bras dirigé en haut et en dehors, est exercée ; cette traction paraissant suffisante, M. Robert détend brusquement l'appareil, pendant que M. Guyon repousse la tête dans sa cavité. La luxation est parfaitement réduite, et il ne s'est produit que quelques petites éraillures de la peau de l'aisselle. On enferme le bras dans une écharpe consolidée par quelques tours de bande.

Quelques douleurs assez vives dans l'épaule se déclarent deux heures après l'opération, mais le lendemain elles ont presque cessé, et il n'y a aucun gonflement.

Rien d'autre à noter que quelques fourmillements dans les doigts, pendant quelques jours.

Le 26 on enlève l'écharpe. Les mouvements communiqués sont faciles et ne donnent lieu à aucun craquement ; mais la malade est aussi impotente qu'avant la réduction ; son bras est pendant, elle ne

peut détacher sa main et son avant-bras du lit ; les muscles refusent leur service.

Le 29 on commence à imprimer des mouvements au membre et à électriser les muscles tous les matins ; à partir du 6 mai la malade prend alternativement un bain sulfureux et une douche de vapeur.

Dès lors les mouvements reviennent graduellement, mais lentement ; on fait faire à la malade différents exercices et elle arrive peu à peu à porter la main à sa bouche, puis à son nez, puis sur sa tête. Elle quitte l'hôpital le 24 mai, sur sa demande ; elle peut assez facilement mettre la main sur sa tête, derrière son cou, derrière le dos. Elle fléchit l'avant-bras sans point d'appui ; elle lève les épaules ; tout cela sans beaucoup de force, mais sans douleur. La guérison n'est pas parfaite, mais le membre commence à rendre quelques services au lieu d'être une cause de gêne.

Le 1^{er} juin la malade revient à la consultation ; elle nous dit qu'elle se peigne et s'habille seule ; malgré la cessation du traitement elle a évidemment gagné depuis son départ.

Aujourd'hui la Société de chirurgie peut s'assurer du bon état de la malade. La forme de l'épaule est normale, et la malade peut exécuter tous les mouvements, vaquer à tous les soins personnels qui lui sont nécessaires, et à ceux de son ménage. Les muscles ont repris leur force et leur volume.

La conduite tenue est donc justifiée par le résultat ; mais nous devons surtout dire que les indications étaient bien déterminées. Malgré le temps écoulé, *l'espèce de la luxation et sa variété* permettaient de faire des tentatives, l'état d'infirmité qui avait succédé à la luxation et la certitude de son aggravation ultérieure obligeaient à tenter la cure radicale. Nous savons que notre regretté maître Velpeau insistait sur les résultats que l'on peut obtenir par les mouvements sans réduction. — Nous pensons cependant que dans ce cas l'atrophie musculaire n'aurait été que bien incomplètement combattue sans réduction préalable. Il a fallu même après la réduction persister dans le traitement consécutif pour obtenir les résultats actuels. Décidé à agir dans les limites de la prudence, mais avec toute la puissance nécessaire, l'appareil dont nous avons parlé nous a paru devoir remplir les indications voulues, et nous avons eu l'occasion d'être surpris de la facilité relative avec laquelle la réduction a été obtenue.

M. DEMARQUAY explique, par ce fait que la luxation avait lieu chez une femme, la facilité de la réduction, puisqu'il n'a fallu employer qu'une force de 80 kilogrammes.

M. FORGET. S'il est plus facile de réduire une luxation ancienne de l'humérus chez la femme que chez l'homme, cela tient, suivant moi, à plusieurs causes.

Ainsi la plupart des individus qui offrent ces luxations anciennes, se livrent à des travaux qui exigent une action énergique des muscles; ils continuent à travailler avec leur pseudarthrose, les muscles du membre luxé ne perdent rien ainsi de leur nutrition et de leur développement, il en résulte qu'ils opposent une résistance plus grande, chez les hommes, aux manœuvres de réduction que chez les femmes où ils sont tous plus ou moins atrophies.

Une autre raison à la difficulté de la réduction chez l'homme est l'organisation prompte et solide des liens articulaires qui fixent solidement les os dans leur position anormale.

Pour moi, dans la luxation ancienne il est démontré, par des autopsies, que les obstacles à la réduction se trouvent surtout dans l'existence des tissus fibreux de nouvelle formation, qui constituent l'articulation pathologique.

M. GIRALDES croit que **M. Demarquay** s'est trop avancé en émettant l'opinion que la facilité de la réduction tient à ce que la luxation était sur une femme.

M. GUYON. Si je me suis décidé à pratiquer la réduction, c'est que l'état du membre conduisait à une infirmité qui serait devenue incurable.

M. LARREY. L'appareil de **MM. Robert et Collin**, de même que celui de **M. Mathieu** n'est autre chose que celui de **Jarvis** modifié, et fût-il même perfectionné, il me paraît regrettable que l'on prenne trop souvent l'habitude de faire intervenir dans la science pour quelques modifications de fabrication le nom d'industriels, sans doute très-honorables et très-habiles, alors que c'est à des chirurgiens qu'appartient le mérite de l'invention scientifique.

M. GUYON. L'appareil de **MM. Robert et Collin** est une modification de celui de **Jarvis**, mais ces modifications en ont fait un appareil mieux ménagé, plus commode, surtout pour la réduction des luxations de l'épaule.

M. LÉON LE FORT. **M. Larrey** a fait l'observation que je me proposais de faire; sans doute dans quelques cas où le chirurgien pose une indication qu'il ne sait comment remplir instrumentalement, le mérite de la découverte des moyens pratiques d'exécution, peut, dans ce cas, appartenir à un industriel, mais il est déplorable de voir la chirurgie française faire intervenir à chaque instant les noms des fabricants quand il s'agit d'appareils et d'instruments. Un chi-

rurgien invente un procédé nouveau, il fait fabriquer l'appareil nécessaire à son application; qu'un fabricant modifie l'appareil primitif en mettant une goupille à la place d'une vis, ou simplifiant même l'instrument, il n'y a rien là qui doive donner place dans la science au nom du fabricant.

Or, dans l'espèce, les prétendues inventions de MM. Mathieu, Robert et Collin, etc., sont scientifiquement nulles; et leur attribuer semblerait laisser croire que l'appareil de Jarvis si connu, puisqu'il est reproduit dans tous les traités classiques anglais, américains n'est connu des chirurgiens français que par l'intermédiaire de l'industrie. L'ajusteur de Jarvis (de Portland, Connecticut) est cependant connu en France depuis 1846, il a fait le sujet d'un travail de Stout dans les *Archives de Médecine*, 1846, t. XI, et même il est aujourd'hui encore supérieur à celui de nos fabricants par une disposition plus élastique, moins dangereuse, du point d'appui contre-extensif.

M. DESPRÉS. Je ne sais pas pourquoi on donnerait à cet appareil le nom d'appareil de Jarvis, et pourquoi l'on irait chercher des inventeurs hors de France alors qu'un appareil analogue a été imaginé antérieurement par P. Martin.

M. LÉON LE FORT. M. Després oublie que l'appareil P. Martin est tout à fait différent. Il est destiné à obtenir la guérison des fractures de la cuisse sans raccourcissement; dans quelques cas à la réduction lente des luxations spontanées dans la coxalgie; et même il est de plus de dix ans postérieur à l'appareil P. Jarvis.

M. GIRALDÈS. J'appuie l'observation de M. Larrey, au point de vue de la vérité, parce que les appareils n'ont pas été imaginés par des couteliers; et, au point de vue des principes, parce que je ne reconnais pas aux couteliers de compétence pour imaginer, modifier, améliorer des instruments dont ils ne connaissent pas l'usage, et l'on en voit aujourd'hui qui ont la prétention de nous donner ces moyens de faciliter tel temps de la cataracte, de corriger les difformités par des appareils et des instruments de leur invention mais dont ils comprennent d'une singulière façon les indications cliniques.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel. — LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 14 JUILLET 1869.

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— M. le docteur Magitot adresse trois brochures : 1° *Étude d'anatomie chirurgicale et topographique sur la bouche* (extrait du *Dictionnaire encyclopédique*) ; 2° *Essai sur la pathogénie des kystes et abcès des mâchoires* ; 3° *De l'acide chromique dans quelques affections chirurgicales de la bouche*.

— M. Ollier chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon envoie : *Des résections des grandes articulations des membres*. (Discours d'entrée en fonctions à l'Hôtel-Dieu).

— M. David Cheever, chirurgien de l'hôpital civil de Boston, adresse une brochure intitulée : *Surgical cases*, contenant des documents importants sur les opérations de polypes nazo-pharyngiens et les résections de la bouche.

— M. le docteur Augé, de Pithiviers, envoie à la Société, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, le *relevé des opérations qu'il a pratiquées pendant le cours des dix-huit dernières années*.

Dans une lettre adressée à l'Académie de médecine, et lue à la séance du 22 juin dernier, M. Simpson, d'Édimbourg, constate les succès nombreux obtenus dans les petits hôpitaux, à la suite des opérations, comparativement aux insuccès qui frappent les opérés dans les grands établissements hospitaliers.

Ce fait avait déjà été mis hors de doute par les travaux et les discussions auxquelles s'est livrée la Société de chirurgie lors de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Il est encore plus saillant pour les opérations pratiquées à la campagne, et dans les petites localités, où la guérison est la règle, et la mort l'exception.

En voici la preuve dans le relevé des opérations que j'ai faites depuis dix-huit ans.

Amputations. — 5 amputations de la jambe, au lieu d'élection, par la méthode circulaire.

5 succès :

1° Ecrasement de la partie inférieure de la jambe à la suite d'une chute, chez un vieillard.

2° Carie du tiers inférieur des os de la jambe et du pied, datant de 6 années, à la suite d'une brûlure causée par du sirop de sucre bouillant; ces accidents avaient amené le marasme du blessé. Adulte. — Guérison au bout d'un mois.

3° Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne, chez un vieillard. Diarrhée chronique. — Guérison de l'entérite à la suite de l'amputation.

4° Ecrasement de la partie inférieure de la jambe par une voiture. Adulte.

5° Broiement de la jambe au tiers moyen par un engrenage de moulin, compliqué de fracture de la cuisse correspondante. Adulte. — Guérison simultanée de la plaie et de la fracture au bout de deux mois.

1 amputation de cuisse par la méthode ovale, chez un adulte atteint de tumeur blanche du genou.

Guérison.

1 désarticulation du poignet droit chez un enfant de 15 ans à la suite d'un coup de feu, qui avait emporté la main.

Guérison.

15 désarticulations de doigts à la suite de panaris, d'écrasements ou de coups de feu, chez des jeunes gens.

15 guérisons.

1 désarticulation partielle du métacarpe et des trois derniers doigts, en conservant l'index et le pouce, chez un adulte, à la suite d'un coup de feu. Pas d'autre complication qu'un abcès dans la gaine du cubital.

Guérison et conservation des mouvements de préhension à l'aide de l'index et du pouce.

18 hernies étranglées, 16 guérisons. Sur ces 18 opérés, se trouvaient 8 hommes et 10 femmes, 6 des 8 hommes étaient des vieillards; les 2 autres des adultes.

2 vieillards succombèrent à une prostration cholériforme.

Les 10 femmes guérirent toutes, bien que l'une ait eu des vomissements fécaloïdes avant l'opération; et 2 autres, des fistules stercorales à la suite de l'opération, qui guérirent spontanément. Ces 3 femmes étaient adultes.

Les 7 autres étaient âgées de 50 à 65 ans.

1 anus contre-nature chez un adulte, à la suite de la gangrène d'une anse intestinale, produite par un étranglement herniaire. Opéré avec l'entérotome de Dupuytren.

Guérison. Il resta une petite fistule qui se cicatrisa au bout de quelques mois.

12 cataractes opérées par abaissement chez des vieillards de 55 à 68 ans, 8 hommes et 4 femmes.

Guérison chez 10. Insuccès chez 2, savoir : vision incomplète chez un homme à la suite d'une ophthalmie grave. — Abscess et atrophie de l'œil chez une femme.

1 cystotomie hypogastrique à la suite d'une chute sur le périnée, compliquée de contusion, de déchirure de l'urètre, d'abcès du périnée et de rétention urinaire (*Union médicale* du 7 décembre 1863).

Guérison. Retour normal des urines par l'urètre.

1 hypospadias artificiel pour remédier à une oblitération du méat urinaire, suite de phymosis congénial chez un adulte. (*Union médicale* du 19 septembre 1863.)

Guérison.

3 polypes pédiculés volumineux : Un polype fibreux de la partie postérieure des fosses nasales, descendant dans le pharynx. Excision avec des ciseaux en 1852, pas de récurrence. 2 polypes mous de l'utérus, chez une femme et chez une vieille fille, opérés par la torsion. Récurrence chez la seconde, et chute naturelle du polype dont le pédicule était mince et long.

3 guérisons.

1 fistule lacrymale chez un adulte, opérée d'abord par la canule de Dupuytren, qui s'échappa au bout de quelques semaines; puis par la cautérisation avec le beurre d'antimoine.

Guérison définitive depuis 7 années.

8 cancroïdes de la lèvre inférieure chez des fumeurs adultes.

8 guérisons.

1 cancer du sein gauche amputé. Femme adulte. — Récurrence et mort.

4 tumeurs bénignes du sein chez des femmes adultes et chez des jeunes filles.

Guérisons.

3 cancers du testicule.

3 morts à la suite de récurrence.

Les amputations et les diverses opérations que j'ai pratiquées, dans la petite ville que j'habite, ou aux environs dans la campa-

gne, n'ont jamais été compliquées, les premières d'infection purulente, les unes et les autres d'érysipèle, complications si fréquentes dans ces grands hôpitaux. J'attribue ces résultats non-seulement aux conditions favorables dans lequel se trouvaient mes opérés, mais aussi à la rareté des pansements pour les amputés en particulier, et à une alimentation sagement réglée pour tous les opérés indistinctement.

Je noterai enfin, un très-grand nombre de pustules malignes, que je traite toujours par la cautérisation au fer rouge, appliqué avec énergie, et qui ont constamment guéri, lorsqu'il n'y avait pas infection du sang par le virus.

Seules, les opérations des tumeurs cancéreuses font ombre au tableau. Toutes ont récidivé après la cicatrisation de la plaie, et lorsque les opérés paraissaient hors de danger; une fois la récidive s'est faite aux environs de l'organe opéré, chez la femme amputée d'un sein. La plaie s'était réunie par première intention, lorsque la peau, dans le voisinage de la cicatrice, commença à s'indurer. L'induration gagna vite une partie du tronc, l'aisselle et le bras gauche; puis le tronc tout entier et le bras droit. La malade succomba rapidement.

Quant aux 3 amputés du testicule (2 à droite, 1 à gauche), le premier âgé de 50 ans, fut pris d'un engorgement énorme des ganglions du cou, de ceux de l'aîne et probablement d'une infiltration cancéreuse du foie.

Le second, âgé de 28 ans, accusa au bout de quelques semaines, une douleur fixe, violente, au niveau du rein droit, et dans la région du foie, qui devint très-volumineux en même temps que la peau prenait une teinte ictérique très-foncée.

Le troisième, bien qu'il n'eût pas perdu de sang pendant l'opération; bien que la plaie se fût cicatrisée rapidement, conserva de la faiblesse, de l'anorexie, une pâleur jaunâtre de la face, de la flaccidité des tissus, se mit à vomir, et s'éteignit deux mois après l'opération.

M. VERNEUIL propose d'insérer au procès-verbal la lettre ci-dessus de M. Augé, afin que son exemple soit suivi par les chirurgiens de la province, qui pourraient en nous envoyant leurs statistiques intégrales, nous permettre de juger en pleine connaissance de cause la question soulevée en 1861 à l'Académie et reprise par M. Simpson.

M. GIRALDÈS. La statistique de M. Simpson ne prouve pas scientifiquement ce qu'elle a la prétention de prouver; les chiffres de mort et de guérison alignés et additionnés n'ont guère de signifi-

cation par eux-mêmes; les cas ne sont jamais semblables et les observations seules qui indiquent les particularités d'âge, de sexe, l'état général et local, la cause et la nature de l'opération, ses complications, ses résultats définitifs, ont seuls de la valeur. Les documents fournis par M. Augé ne me semblent pas pour cette raison avoir la valeur que leur attribue M. le Président.

M. BLOT. Je ne saisis pas bien ce que veut dire M. Giraldès et la portée des reproches qu'il adresse à la note de M. Augé. Il me paraît évident que notre collègue n'a pas entendu la lecture qui vient d'en être faite; car M. Augé nous donne précisément les détails que réclame M. Giraldès, et ne se borne pas à donner des chiffres bruts.

M. LIÉGEOIS montre qu'on ne saurait trop mettre en relief les bons résultats que l'on obtient dans les opérations pratiquées à la campagne; il a lui-même, il y a un an, donné à la Société la statistique de nombreuses opérations faites par lui dans son pays natal avec un succès presque constant.

M. TRÉLAT. M. Giraldès semble se méprendre sur la portée et les moyens de la statistique. La statistique se borne à grouper un grand nombre de faits, et plus les faits sont nombreux, plus les erreurs tenant à la comparaison de faits non identiques mais comparables s'atténuent. M. Giraldès réclame pour chaque observation des détails multiples, ce n'est plus là de la statistique. Ainsi, la lettre de M. Augé nous donne un aperçu des résultats de sa pratique; elle ne constitue pas une statistique, mais elle en fournit les éléments.

M. LARREY. Ma qualité d'inspecteur du Conseil de santé m'a permis souvent de visiter de petits hôpitaux civils dans lesquels on traitait dans un service spécial les soldats malades de la garnison; j'ai pu constater souvent la supériorité des résultats obtenus.

M. BOINET fait remarquer qu'on ne peut, dans le cas présent, invoquer l'influence d'une série heureuse, puisque M. Augé nous donne le relevé intégral de ses opérations. Cette dernière condition doit être remplie si l'on veut que la statistique ait une valeur réelle.

M. GIRALDÈS insiste sur la nécessité des détails; sans cela, dit-il, on aurait une statistique comme celle qui, après avoir comparé le nombre de truffes consommées à Paris avec le nombre des habitants, établit que tout Parisien consomme par an une certaine quantité de truffes. Quant à l'influence des milieux, tout le monde est d'accord à cet égard.

M. LÉON LE FORT demande à ce que la Société établisse pour la France la comparaison des résultats entre les hôpitaux des grandes

villes et ceux des petites villes, entre la pratique hospitalière et la pratique de la ville; et pour arriver à pouvoir établir cette comparaison, il demande que la Société adresse, par la voie des journaux, un appel à tous nos collègues français.

M. LARREY croit qu'il serait bon de dresser une sorte de questionnaire.

M. VERNEUIL met en relief ce fait important que si l'on meurt beaucoup dans nos hôpitaux d'infection purulente, et très-exceptionnellement de tétanos, il semble qu'à la campagne cette grave complication des plaies soit plus fréquemment observée qu'à Paris.

COMMUNICATION

M. VAN DE LOO. Quoique le bandage plâtré s'adapte le plus régulièrement possible, c'est néanmoins un fait capital, pour avoir une garantie contre tout accident, qu'on l'applique de manière qu'en tout temps les parties lésées puissent être inspectées avec facilité; en d'autres termes, qu'il soit amovo-inamovible d'emblée.

Etant pénétré d'une conviction entière de ce que je viens d'avancer, j'ai fait mon possible de rendre amovo-inamovibles tous les procédés plâtrés connus qui sont décrits dans cette brochure (j'ai l'honneur d'offrir une vingtaine d'exemplaires à la savante Société).

Je me propose uniquement de vous entretenir de l'emploi de pièces de flanelle, procédé par excellence en cas de guerre, qui se trouve bien décrit dans ma brochure, mais pas par rapport à l'application sur le champ de bataille. Voici en quoi il consiste :

Deux pièces de flanelle coupées suivant la forme du membre, imprégnées de plâtre d'un côté et placées par leurs côtés plâtrés l'une sur l'autre; entre elles on a mis une troisième pièce moins large, imprégnée de plâtre des deux côtés, afin de fortifier l'appareil postérieurement. — On doit naturellement en préparer une grande quantité d'avance, les plier ou les rouler afin de les pouvoir placer dans une boîte. Pour les appliquer sur le champ de bataille, on n'a qu'à les plonger dans l'eau jusqu'à ce qu'ils soient bien mouillés, puis les dérouler et les appliquer autour du membre, tout cela se fait en quelques minutes. Cet appareil se laisse ouvrir avec facilité en valve pour inspecter les parties lésées.

Veuillez donc, messieurs, vous mettre au courant des procédés amovo-inamovibles plâtrés, et une fois que vous serez convaincus de leur supériorité veuillez les propager dans l'intérêt de la science et de l'humanité souffrante.

RAPPORT

Polype naso-pharyngien. — M. Houel lit un rapport sur une observation de polype naso-pharyngien, opéré par arrachement, sans opération préliminaire, par M. le docteur Achille Bonnes, de Nîmes.

Au mois de février 1869, M^{me} A..., âgée de 25 ans, vint consulter, pour la première fois, M. Achille Bonnes. Elle raconta que, depuis plusieurs années, elle parlait du nez et dormait la bouche ouverte, et qu'elle éprouvait souvent le besoin d'avaler. Au mois de juin 1868, la malade rendit, à plusieurs reprises, des caillots de sang. On crut que cela venait de la poitrine. A cette époque, un médecin fut consulté. Il constata un polype du nez, qu'il cautérisa sans succès plusieurs semaines avec un crayon de nitrate d'argent.

M^{me} A... a une bonne constitution; mais elle est très-nerveuse. Elle a été hystérique à l'âge de 14 ans. Le chirurgien constata, dans la narine droite, une excroissance située à environ 2 centimètres de profondeur; la gauche était libre. La respiration était presque impossible par le nez; la narine gauche permettait encore cependant le passage d'un peu d'air.

Le voile du palais était refoulé en bas, et le polype, du volume d'un gros pois, à son extrémité libre, apparaissait seulement en arrière pendant l'expiration. Le toucher permit à M. Bonnes de constater que la tumeur qui refoulait le voile du palais était implantée à la base du crâne, et il lui était facile d'en circonscrire assez bien le point d'implantation, soit qu'il plaçât son doigt en avant ou en arrière de la tumeur. L'orifice postérieur des fosses nasales était obstrué principalement à droite. Chaque exploration était toujours suivie d'une hémorrhagie.

Bien fixé sur la nature et sur le point d'implantation du polype, le chirurgien, après avoir réfléchi à tous les procédés mis en usage pour l'extirpation de ces sortes de tumeurs, renonça tout d'abord à tous les moyens qui exigeaient une grande mutilation. Il ne voulut pratiquer aucune opération préliminaire. Comme M. Bonnes arrivait facilement à toucher et à circonscrire le pédicule de la tumeur, il songea à armer son doigt d'un instrument assez petit et assez puissant à la fois pour ruginer la surface d'implantation. Il fit faire à cet effet un instrument primitif qui consistait en un dé métallique ordinaire, sur lequel il fit souder un ongle métallique. Essayé sur le cadavre, à l'aide de cet instrument on pouvait assez bien ruginer l'apophyse basilaire; mais le doigt, recouvert en totalité d'une surface

métallique, perdait sa qualité essentielle, le toucher; on agissait un peu en aveugle. M. Bonnes eut alors l'idée de modifier son instrument primitif en faisant exécuter, par MM. Robert et Colin, un anneau un peu large sur lequel on soude un ongle métallique qui dépassait à peine l'extrémité de l'ongle de l'opérateur. La pulpe de l'index était ainsi complètement libre. L'instrument, d'une simplicité extrême, était fixé sur la première phalange de l'index au moyen d'un anneau mince de 8 millimètres de hauteur en avant, tandis que du côté de l'ongle qu'il recouvre complètement en le dépassant un peu, et dont il a la forme légèrement courbe, il a 2 centimètres; le bout est tranchant.

C'est le 11 mars de cette année que M. Bonnes, à l'aide de son instrument, pratiqua sur sa malade l'extirpation du polype. Il fit relever le voile du palais au moyen de la sonde de Belloe, puis il commença les tentatives d'arrachement. Ce ne fut qu'après plusieurs essais rapides, à cause de l'obligation dans laquelle se trouvait le chirurgien de retirer de temps en temps le doigt pour laisser respirer la malade, gênée aussi par l'écoulement du sang, qui ne fut jamais très-abondant, qu'il parvint à détacher le polype dans toute son étendue. Le polype ne fut point coupé par l'ongle, mais littéralement déraciné. L'opération dura près d'une demi-heure.

Les suites en furent des plus simples. L'hémorrhagie fut peu considérable; de l'eau fraîche suffit pour l'arrêter. Le polype enlevé, la malade respira facilement par le nez. La journée fut bonne. Il se manifesta quelques douleurs de tête qui n'eurent point de durée, et le quatrième jour la malade reprenait sa vie habituelle. Le sixième jour après l'opération, M. Bonnes, afin de bien s'assurer s'il avait enlevé la totalité du polype, porta son doigt à la surface basilaire, qu'il rugina de nouveau et acquit ainsi la certitude qu'il ne restait plus de trace du pédicule de la tumeur. La malade a été revue trois mois après, et on a constaté qu'elle était parfaitement guérie.

L'examen du polype a montré qu'il avait quatre branches, *qu'il était fibreux dans son tiers supérieur*, où il mesurait 3 centimètres de largeur. La surface d'implantation était presque de 2 centimètres, et il pesait 18 grammes. La ~~branche~~ la plus courte était très-fibreuse; les autres, fibreuses dans leur partie supérieure, perdaient peu à peu leur consistance et devenaient vésiculaires.

L'observation que je viens de rappeler brièvement est intéressante à plus d'un titre : 1° c'est un cas rare de polype naso-pharyngien observé chez une femme; 2° le procédé opératoire, qui a été couronné d'un plein succès, a été, je crois, employé pour la première

fois dans ces sortes de tumeurs. Reconnaissons cependant que déjà, bien avant, MM. Legouest et Hergott avaient pu, en faisant pénétrer l'instrument par les fosses nasales, extirper des polypes naso-pharyngiens, ruginer en quelque sorte la surface basilaire. M. Guérin, dans un cas, après avoir incisé le voile du palais et introduit une branche de ciseaux par cette ouverture, dit : « J'ai la conviction que, sans l'incision du voile du palais, mon indicateur parviendrait, sans angoisses pour le malade, sur le pédicule du polype. »

Le premier point, l'existence d'un polype naso-pharyngien chez une femme, ce qui est très-rare dans les annales de la science, est-il contestable ici? Je ne le pense pas. Je ne puis cependant m'empêcher de faire observer que M. Bonnes donne lui-même une description de l'examen de la pièce qui n'est point en rapport avec ce que nous connaissons des polypes naso-pharyngiens, car il a dit : *Le polype était fibreux dans son tiers supérieur; puis, perdant peu après de sa consistance, il devenait vésiculeux.* J'ai eu l'occasion, pour mon compte, de voir un certain nombre de ces tumeurs, et j'avoue qu'aucune ne m'a présenté ce caractère, qui me fait supposer, tout en regrettant un examen plus complet, qu'il s'agit plutôt ici d'un de ces polypes mixtes encore incomplètement décrits plutôt que d'un véritable polype naso-pharyngien.

Le second point, le mode opératoire, mérite aussi de fixer notre attention. J'ai dit, avec M. Bonnes, que le dé me paraît avoir été employé ici pour la première fois pour les polypes naso-pharyngiens. Mais l'instrument n'est point nouveau; déjà Récamier l'avait employé pour les polypes de l'utérus. Seulement, dans l'instrument de Récamier, le doigtier est presque complet, ce qui prive, comme l'a si justement fait observer M. Bonnes, le chirurgien, du tact qui lui est si nécessaire pour le guider.

M. Bonnes, dans les quelques réflexions qui suivent son observation, cherche aussi à établir les indications dans lesquelles, ce qu'il appelle son procédé, peut être applicable, et il semble résulter pour lui que ces cas doivent être encore assez nombreux. Je me permettrai, pour mon compte, d'avoir une opinion tout opposée. Avec M. Bonnes, je reconnais qu'il faut des conditions spéciales, que le pédicule soit bien délimité, qu'il ne soit point très-volumineux et qu'il soit accessible au doigt. Ce sont ces conditions, que, pour mon compte, je n'ai jamais rencontrées. J'ai toujours vu le polype avoir une large base d'implantation, même lorsque les cellules du sphénoïde étaient intactes, et le pédicule s'étendre aux apophyses ptérygoïdes, ainsi qu'à la partie rugueuse de la face inférieure du ro-

cher située en dedans du canal carotidien. Aussi, tout en désirant me servir du procédé de M. Bonnes, je crains que son application en soit difficile, impossible même dans la plupart des cas. Je me demande même, précisément en raison du sexe de sa malade et de la structure de la tumeur, s'il n'a point eu la bonne fortune de tomber sur une variété de polype naso-pharyngien plus facilement énucléable que celles que l'on observe ordinairement ; car tout le monde sait que, même lorsque l'on s'est décidé à pratiquer cette opération par la voie la plus large, l'ablation de l'os maxillaire supérieur, il y a encore quelquefois des difficultés d'arrachement telles que l'opération qui consiste à enlever le maxillaire peut être considérée comme plus facilement réalisable que l'ablation du polype.

En résumé donc, cette observation, qui est du plus haut intérêt, viendra s'ajouter aux faits de MM. Guérin et Legouest.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 14 JUILLET 1869

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : Le *Bulletin de thérapeutique*. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Montpellier médical*. — Le *Sud médical*.

— Le *Bulletin de la Société de médecine d'Angers*, 5^e année, 1868.

— Le *Bulletin médical de l'Aisne* 1868, n^o 4.

— *Relations qui existent entre l'albuminurie et les affections chirurgicales*. — Thèse inaugurale par M. Minas Zantiotis, mai 1869.

— M. Larrey fait don à la Société d'une collection de soixante portraits encadrés de chirurgiens éminents français et étrangers.

— M. Ribell (de Toulouse) adresse à la Société un travail intitulé : *Note sur quelques variétés rares de division congénitale des lèvres et sur*

les procédés opératoires employés pour y remédier. — Renvoyé à une commission composée de MM. Trélat, Giraldès, Guyon.

COMMUNICATIONS

Anévrisme artériel poplité droit. — Compression mécanique. — Flexion de la jambe. — Compression digitale. — Guérison. — M. TRÉLAT. — C'est aujourd'hui une question résolue que la compression indirecte occupe le premier rang parmi les méthodes de guérison des anévrismes artériels circonscrits, mais le choix est moins bien établi entre les divers procédés, sur leur convenance dans différents cas et sur leur opportunité variée selon les périodes de la maladie. Ce qui est possible dans un cas ne l'est pas dans l'autre, et la tolérance des malades est loin d'être toujours la même, ce qui fournit une source d'indications particulières. Dernièrement notre collègue, M. Legouest, nous racontait l'histoire d'un malade qu'il avait guéri après avoir eu recours à sept procédés ou au moins à sept variantes de la compression indirecte.

Un malade que je reçus dans mon service à la fin du mois d'avril dernier me fournit une occasion favorable d'étudier ces questions délicates et litigieuses. Tant pour mon instruction que pour celle des élèves je formai le projet d'employer successivement, en cas d'échec, la compression mécanique, la flexion de la jambe sur la cuisse, la compression digitale. Aucun de ces procédés n'est dangereux et tous comptent des succès nombreux. Mais d'autres motifs, que j'exposai dans une leçon clinique, me guidaient encore dans cette conduite : La compression mécanique ne nécessite pas d'aide; on arrive généralement à la rendre supportable, mais elle est infidèle et agit lentement en raison de ses inévitables irrégularités. Comme la précédente, la flexion de la jambe sur la cuisse supprime les aides; elle a donné de brillants succès, mais elle est souvent très-douloureuse et bientôt insupportable. Elle vaut la peine d'être essayée dans tous les cas, mais il faut s'attendre à être contraint d'y renoncer. C'est une chance à courir. Enfin la compression digitale réclame des aides assez nombreux et attentifs, c'est son inconvénient, mais elle est presque toujours bien supportée et elle donne des succès très-fréquents et souvent très-rapides.

Si j'avais dû me déterminer d'après ces seules considérations, j'aurais très-probablement été conduit à rejeter la compression par les appareils, à essayer la flexion du genou et à en venir promptement à la compression digitale. Mais l'anévrisme que j'avais à trai-

ter était peu ancien, sans caillots, presque complètement réductible; les battements, l'expansion et le souffle intermittent y étaient des plus marqués. Or de toutes mes lectures j'ai retiré cette opinion que la compression absolue ou totale a d'autant plus de chances de donner un bon et prompt résultat que la formation des caillots dans la poche et le développement des collatérales sont plus avancés. J'étais alors conduit à employer d'abord un procédé de compression qui facilitât cette double évolution. La compression mécanique me parut, et me paraît encore satisfaire à cette indication précisément parce qu'elle est rarement totale et qu'elle peut être appliquée longtemps. J'espérais produire dans l'anévrisme des modifications favorables. Mon attente n'a pas été trompée; peut-être même eût-on pu arriver ainsi à la guérison en employant beaucoup de temps et de patience; mais quinze jours avaient déjà été employés, le malade se décourageait et sachant le moyen d'obtenir sa guérison, j'aurais eu bien de la peine à persévérer davantage dans l'emploi d'un procédé qui m'avait donné ce que j'en attendais. C'est alors que j'eus recours à la flexion et si j'ai abandonné ce second procédé, c'est qu'il a été intolérable pour le malade et que malgré des essais répétés et variés il a fallu y renoncer pour en venir à la compression digitale. L'observation un peu laconique mais très-précise rédigée par M. Malassez, mon interne, permettra de suivre les phases de ce traitement dont je viens de donner les motifs.

B... (Alexandre); parents de bonne santé; dans la jeunesse, fièvres.

En 1848, traité pour une maladie de cœur.

En 1850, chancre non suivi d'accidents syphilitiques.

Avant 1851, soldat; quelques excès de boissons.

Depuis 1851, mariage; deux enfants de bonne santé; bonne hygiène.

De 1851 à 1857, ouvrier filateur; debout toute la journée pour surveiller et suivre les métiers; jambes un peu enflées le soir.

Depuis 1857, ouvrier dans une fabrique de caoutchouc, occupé à laminer. Milieu à haute température; debout une partie de la journée; cependant, peu de fatigue.

Il y a huit mois, il a commencé à éprouver de la gêne dans le creux du jarret droit; pas de coup ni de chute.

Depuis trois mois il s'est aperçu d'une grosseur qui s'est d'abord accrue assez rapidement pendant un mois pour rester à peu près stationnaire. Depuis quinze jours, il souffre davantage.

État actuel — Tuméfaction de 12 centimètres de haut sur 10 de large. Battement ou expansion. Souffle systolique. Réductibilité presque complète.

Les deux membres abdominaux sont variqueux ; leur volume est différent :

	Droite.	Gauche.
Circonférence de la cuisse	47	45
— du genou.....	41	38
— de la jambe.....	35.5	36.5

La température diffère également :

Température de la cuisse.....	33°6	34°2
— de la jambe.....	34°8	32°

différences en sens inverse de ce qui est observé ordinairement.

Pouls de la pédieuse droite à peine sensible au sphygmodaphe. Ligne à peine ondulée.

29 avril. — Compresseur de Luër appliqué à l'arcade crurale. La pression devient intolérable au bout d'une heure.

30 avril. — Compression à l'anneau du grand adducteur. Le malade le supporte deux heures. Battements diminués, non abolis.

1^{er} mai. — Compresseur plus élastique que le précédent ; douleur moindre ; effets aussi puissants. D'autre part, le malade ayant appris à se poser l'instrument, la durée de la compression par jour est de quatre à cinq heures en moyenne, distribuée ainsi qu'il suit :

Dès le matin, le malade se place le compresseur à l'arcade crurale et le garde de une heure à une heure et demie.

A la visite, l'interne de service le place à l'anneau ; le malade le garde une heure et demie à deux heures.

Dans l'après-midi, même arrangement ; mais le malade supporte moins longtemps la compression à chaque fois.

Et ainsi pendant quinze jours. La tumeur diminue, augmente de consistance. Les battements sont moins sensibles ; le souffle est un peu moins fort.

15 mai. — *Flexion de la jambe* maintenue avec une bande qui prend la cuisse et le cou-de-pied. — Douleur insupportable au bout d'une demi-heure.

Le soir et le lendemain, des douleurs très-vives persistent dans la jambe.

17 mai. — Nouvelle flexion pendant une demi-heure.

Les jours suivants, le malade fléchit lui-même la jambe à diverses reprises, et évalue à une somme de deux à trois heures le temps qu'il reste dans cette position.

La tumeur ne change plus.

28 mai (11 h. 1/2 du matin). — *Compression digitale* à l'arcade, et, de temps à autre, à l'anneau. — Dans la soirée, la compression devient pénible. — A minuit, crampes dans tous les membres; plaintes du malade. — A 2 heures du matin, douleur presque subite et très-vive dans la tumeur et toute la jambe. La compression est cessée, et on s'aperçoit que la tumeur, qui battait un moment avant, est silencieuse et résistante.

29 mai. — La tumeur, examinée le matin avant la visite, paraît sans battement à plusieurs personnes. — A 9 heures, il s'aperçoit de quelques battements légers à la partie inférieure de la tumeur. M. Trélat le constate à la visite. Il n'y a pas de souffle.

On abandonne la tumeur pendant quelques jours. Le malade éprouve dans les genoux des douleurs qui se passent spontanément après avoir duré deux jours.

4 juin. — La tumeur bat évidemment, quoique très-faiblement. Il n'y a pas d'expansion; c'est plutôt un soulèvement. Léger bruit de souffle systolique.

Les jours suivants, les battements et le souffle sont nettement constatés dans des explorations répétées et minutieuses.

11 juin. (12 h.). — *Nouvelle compression digitale*. — A 4 h. 1/2; auscultation de la tumeur. Il semble exister un léger bruit synchrone aux pulsations artérielles; quelques-uns des assistants ne le constatent pas.

A 6 heures, plus rien. La compression est suspendue.

12 juin. — M. Trélat ne trouve plus ni battement, ni souffle.

14 juin. — M. Broca constate également la guérison du malade; il conseille une bande roulée pendant quelques jours autour de la jambe.

24 juin. — *Exeat*. — La tumeur diminue visiblement. La guérison paraît assurée.

DISCUSSION

M. GIRALDÈS. Je cherche en vain les raisons qui ont engagé M. Trélat à employer la compression instrumentale, puis la flexion avant de recourir à la compression digitale. Notre but doit être, avant tout, de guérir le malade, et la compression digitale étant

aujourd'hui, de l'aveu de tous, la méthode qui assure le mieux le succès, c'est à celle-là qu'il eût fallu tout d'abord recourir, et il eût fallu l'employer avec toute la rigueur dont elle est susceptible.

M. LÉON LE FORT. La méthode de la flexion étant plus facile à appliquer, je conçois que M. Trélat ait donné la préférence à cette méthode sur celle de la compression digitale qui exige le concours d'aides exercés, difficiles à réunir en dehors de la pratique hospitalière; mais pour qu'on n'impute pas à la flexion un insuccès dont elle n'est que partiellement responsable, il me paraît utile de faire remarquer que notre collègue n'a eu recours qu'à une sorte de demi-flexion n'allant pas jusqu'à l'interruption du cours du sang dans le poplité.

M. BLOT. M. Trélat a voulu, dit-il, comparer la valeur des diverses méthodes thérapeutiques. Il eût fallu, pour que cette expérience rendit un véritable service, que chacune d'elle eût été employée rigoureusement et pendant un temps suffisant. Les deux premières n'ont pas la responsabilité complète de l'insuccès, et la compression digitale pourrait, pour quelques-uns, ne pas mériter tout l'honneur de la guérison. En effet, ne pourrait-on pas dire, avec quelque apparence de raison, que si la compression digitale a guéri, c'est que son emploi suivait la mise en usage d'autres moyens qui avaient préparé la voie à une guérison déjà en partie peut-être effectuée.

M. TRÉLAT. Les malades, comme le fait remarquer M. Giraldès, ne sont pas des sujets sur lesquels on se livre à des expériences, et c'est précisément pour cela que je n'ai pas poussé jusqu'au bout l'application d'un moyen thérapeutique, du moment où j'ai eu la conviction qu'il n'avait pas, dans le cas présent, toute l'efficacité désirable, et du moment aussi que j'ai pu croire qu'un autre moyen me donnerait la guérison. La flexion serait théoriquement la méthode la plus avantageuse si elle était possible toujours; malheureusement mon malade ne pouvait la supporter. Quant au reproche de n'avoir pas employé tout d'abord la compression digitale, je ferai remarquer à M. Giraldès que si les exemples de guérison par cette méthode ne sont pas rares, il y a aussi bon nombre d'insuccès. J'ai relu avec soin les articles de MM. Richet et Le Fort, et il m'a paru, comme à mes collègues, que s'il fallait d'abord arriver à la formation d'un caillot, il fallait aussi provoquer le développement des collatérales; c'est ce que j'obtenais par la compression mécanique et par la flexion.

M. GIRALDÈS. J'accepte le traitement de M. Trélat comme moyen d'étude, mais non comme moyen thérapeutique. La compression

digitale peut, tout aussi bien que les autres moyens, provoquer le développement des collatérales, et, puisque c'est le traitement le plus sûr c'est celui qui devait être employé tout d'abord.

L'argument invoqué par M. Le Fort ne me paraît pas avoir de valeur dans le cas présent, puisque le malade se trouvait dans un hôpital où les aides ne manquent pas.

M. BOINET. La difficulté de trouver des aides capables de bien faire la compression n'est pas un obstacle à l'emploi de la compression digitale; il est facile de montrer à une personne intelligente où et comment elle doit appliquer les doigts, on peut donc heureusement avoir recours à la méthode ailleurs qu'à l'hôpital, car s'il en était ainsi, elle perdrait une grande partie de sa valeur.

M. LÉON LE FORT. Je suis loin de partager l'avis de M. Boinet, car même à l'hôpital il nous arrive parfois de voir pendant une amputation, la compression effectuée d'une manière tout à fait insuffisante. Le malade de M. Trélat ne supportait pas une forte compression longtemps prolongée; mais il pouvait la supporter quelque temps; or, comme je crois que pour guérir un anévrysme il faut recourir à la compression totale et intermittente, je regrette que notre collègue n'ait pas eu recours à des séances de courte durée, car alors la flexion eût pu être complète, et peut-être la guérison fût-elle survenue.

M. TRÉLAT. A la suite de la ligature, les caillots déjà formés se ramollissent souvent et suppurent; la dilatation préalable des collatérales est une condition favorable à la guérison; elle survient plus facilement quand, par la compression mécanique, la flexion a amené la dilatation des collatérales, c'est pour cela que j'ai eu recours tout d'abord à ces méthodes; car si elles n'apportaient pas la guérison, elles devaient du moins me la rendre plus facile à atteindre par la compression digitale.

M. GIRALDES. Il n'y a pas lieu d'invoquer ici les conditions qui peuvent faire échouer la ligature. Il n'y avait pas de caillots dans le sac lorsque le malade s'est présenté à l'observation de M. Trélat, donc il n'y avait aucune raison pour rejeter la compression digitale. Celle-ci n'est pas aussi facile à faire que le croit M. Boinet, et on ne pourrait, sans s'exposer à des succès, la confier à des gens étrangers à la chirurgie.

M. BOINET. De l'observation de M. Trélat comme de beaucoup d'autres, il résulte qu'il vaut mieux arrêter imparfaitement la circulation dans les premières heures de traitement. Il en est de même pour la flexion forcée; aussi je crois que la compression intermit-

tente est la méthode qui a donné les meilleurs résultats et celle qui doit être préférée.

M. GIRALDES. Je n'accepte pas le principe posé par M. Boinet; je le crois mauvais et dangereux. Les observations publiées ne l'appuient en aucune façon. C'était la théorie de Bellingham, mais, tout bien examiné, on a vu que ce qui donnait les meilleurs résultats c'était la compression totale. Une observation de White, citée par Guthrie, dans laquelle on avait si bien comprimé que l'on avait gangrené la peau, était une guérison qui, cependant, ne sert pas la cause de la compression, en raison de l'imperfection des moyens employés et de l'accident indiqué. ~~Longue~~ ^{Longue} les anévrysmes sont très-volumineux, cela est différent, mais dans les anévrysmes comme ceux dont on vient de nous entretenir, c'est à la compression totale qu'il convient de recourir.

PRÉSENTATION DE MALADES

Anévrysme poplité gauche. Compression digitale. — Guérison. — **M. PANAS.** Le nommé X..., ferblantier, entre le 26 juin 1869, à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, n° 5.

Il y a six mois environ, cet homme éprouve de la lassitude dans les jambes, et deux mois après, c'est-à-dire il y a quatre mois, il s'aperçoit d'une tumeur grosse comme un œuf de pigeon dans le jarret; elle augmenta jusqu'à présent, où elle atteint le volume d'un gros œuf de poule. C'est la facilité avec laquelle la jambe enfla à la moindre marche qui décide le malade à entrer à l'hôpital.

La tumeur occupe l'interstice des jumeaux, présente de forts battements isochrones au pouls avec mouvements d'expansion, et souffle synchrone à la diastole artérielle; elle est réductible complètement par la pression directe, et s'affaisse par la compression de l'artère crurale au pli de l'aîne. — Varices, mais anciennes, et sans aucun rapport avec la maladie actuelle.

Le malade ne reconnaît aucune espèce de cause, ni chute, ni coup, ni mouvements spéciaux, ni attitude spéciale dans son métier.

Le 1^{er} juillet, à dix heures du matin, on commence à comprimer d'une manière aussi continue que possible l'artère crurale au pli de l'aîne. Jusqu'à quatre heures du soir, la compression est assez imparfaite, et aucun changement n'apparaît dans la tumeur. Vers neuf heures du soir, la tumeur paraît prendre plus de consistance. La compression était beaucoup mieux faite depuis six heures. A neuf

heures, soit par suite d'une plus grande habitude, soit que le cours du sang soit déjà modifié, elle devient parfaite, exacte; on ne laisse presque plus passer une goutte de sang. La tumeur prend de plus en plus de consistance, et à cinq heures du matin, les battements deviennent insensibles, disparaissent, — la compression est suspendue quelques instants; — comme ces battements reviennent, on la reprend de plus belle jusqu'à la visite, où ils ont absolument cessé.

Pendant la nuit du 1^{er} au 2, le malade a souffert de crampes dans le mollet et dans le pied; elles ont été surtout fortes et presque intolérables de quatre à cinq heures du matin, au moment où l'anévrysme a paru se combler.

Le 3 juillet, quelques battements reparaissent; on comprime donc l'artère encore avec le compresseur Luer, qui n'arrête pas le cours du sang. Compression digitale de trois quarts d'heure. Le 4, encore quelques battements. Nouvelle compression digitale de trois quarts d'heure. Depuis, rien n'a reparu; la tumeur devient de plus en plus consistante et diminue lentement de volume.

Varices lymphatiques intra-ganglionnaires. — M. VERNEUIL.

La Société de chirurgie s'est occupée jadis d'une affection rare, étrangère à nos climats tempérés et qui semble spécialement affecter les habitants des pays chauds. Je veux parler des varices lymphatiques ganglionnaires. Quoique tout à fait exceptionnelle, cette affection mérite d'être connue et surtout reconnue, ne serait-ce qu'au point de vue thérapeutique, l'expérience ayant démontré le danger extrême de toute opération chirurgicale pratiquée sur des tumeurs de ce genre.

Il n'est donc pas sans intérêt de signaler un fait nouveau tout récemment soumis à mon observation.

Une jeune demoiselle de quinze ans, grande, svelte, très-bien conformée et jouissant d'une excellente santé, me fut amenée le 13 juillet dernier, pour une tumeur siégeant au pli de l'aîne du côté droit. Au dire de la mère, cette tumeur avait paru depuis deux ans environ, à peu près en même temps que les règles, et tendait continuellement à s'accroître. Aucune cause connue, ni contusion, ni effet violent, ni fatigues prolongées, ne pouvait être invoquée. La tumeur offrait des variations notables dans son volume, toujours plus considérable le soir que le matin; elle augmentait surtout par la marche et à l'époque des menstrues. Quelquefois elle semblait disparaître pendant trois ou quatre jours, puis revenait sans qu'on sût pourquoi. Au reste, peu de douleur, à peine un peu de gêne, quelques

légers picotements, une sensation de plénitude quand le volume était au maximum. En dehors de ces troubles minimes, nul symptôme du côté du ventre et accomplissement très-régulier des grandes fonctions.

Ce récit fait par la mère avec un accent créole des plus prononcés me fit aussitôt songer à la nature du mal. M^{me} X... m'apprit qu'elle était d'origine française, mais que depuis longtemps elle habitait Pondichéry, et que sa fille y était née. Dans la famille, aucun cas analogue n'avait été observé. On n'avait jamais conçu la moindre inquiétude sur ce cas, et c'était pour ainsi dire par hasard et comme mesure de prudence que M^{me} X..., de passage à Paris, avait songé à y consulter un chirurgien.

J'obtins, non sans difficulté, d'explorer la partie malade, et au premier coup je confirmai mon diagnostic anticipé ; en effet, le pli de l'aine, dans toute son étendue, portion abdominale et portion crurale, est occupé par une saillie considérable dépassant en haut le ligament de Fallope de deux travers de doigt environ, et s'étendant en bas jusqu'à la pointe du triangle de Scarpa. La masse totale a la forme triangulaire à sommet inférieur, à bords convexes, à angles mousses ; elle semble composée de trois lobes : l'un inférieur, mieux circonscrit, du volume d'un demi-œuf de poule ; le second, supérieur et interne, confinant à l'épine du pubis ; le troisième, supérieur et externe, s'étendant jusqu'à une petite distance de l'épine iliaque antéro-supérieure. La peau, fine, souple, mobile, sans altération quelconque, est seulement un peu déprimée au niveau des intervalles qui séparent les lobes. Le toucher donne une sensation tout à fait particulière, que j'éprouvais pour la seconde fois, mais qui ne rappelle aucune des tumeurs ordinaires du pli inguinal. C'est une mollesse uniforme, sans résistance, sans fluctuation véritable, sans déplacement, sans réductibilité franche, et qu'on ne retrouve que dans certaines tumeurs érectiles veineuses sous-cutanées (c'était, du reste, à ce diagnostic que je m'étais arrêté dans le premier cas de ce genre soumis à mon observation).

Lorsque la malade est depuis quelque temps dans la position horizontale, la saillie diminue de moitié environ. On arrive au même résultat par une pression directe exercée pendant quelques moments sur la tumeur. La toux, l'effort, la position verticale, rendent à la saillie ses dimensions premières. Ces changements s'effectuent lentement, insensiblement, sans qu'on puisse savoir exactement où va le liquide quand la tumeur s'affaisse, d'où il vient quand elle se gonfle. Tout porte à croire que le mouvement du fluide se passe au

niveau de la fosse iliaque interne, et que le contenu des rameaux dilatés se déverse dans les lymphatiques profonds; mais rien ne le prouve absolument; en tout cas, c'est de ce côté, c'est-à-dire vers son bord supérieur, que la tumeur est le moins bien circonscrite.

Interrogé par la mère sur le pronostic de cette lésion, j'ai annoncé d'abord qu'aucune opération curative quelconque ne devait être tentée, — qu'il fallait se borner à un traitement palliatif, ayant pour but d'arrêter les progrès du mal, — que l'affection ne guérirait jamais, sans doute, et devait être considérée et traitée comme une infirmité légère peut-être, mais à coup sûr de très-longue durée, sinon définitive. Je suis resté d'autant plus volontiers dans la réserve, que j'ignore moi-même quelle sera la marche de cette singulière production. Sera-t-elle modifiée par la compression, ses progrès s'arrêteront-ils, ou bien la dilatation gagnera-t-elle de proche en proche les réseaux lymphatiques profonds et superficiels de la cuisse? La grossesse, l'accouchement, seront-ils sans danger? Autant de questions actuellement insolubles, la lésion n'ayant été observée qu'un petit nombre de fois sur de jeunes sujets du sexe masculin, dont trois ont succombé et dont les autres n'ont été observés qu'en passant. C'est aux médecins exerçant dans les Indes et dans les îles voisines, Bourbon, Maurice, qu'incombe la tâche d'écrire l'histoire de cette singulière altération des vaisseaux lymphatiques intra-ganglionnaires.

Quoi qu'il en soit, j'ai conseillé la compression. Les dimensions considérables de la tumeur ne permettant pas de se contenter d'une pelote plus ou moins analogue à celle des bandages herniaires, j'ai fait construire une sorte de caleçon en tissu élastique, descendant du côté malade un peu au-dessus du milieu de la cuisse; une pelote ovoïde de 3 centimètres d'épaisseur sera adaptée à la face interne de ce caleçon, de façon à ce que son grand axe parallèle à l'arcade crurale comprime doucement la tumeur sans trop gêner les mouvements de flexion du membre.

Je crains que la jeune malade un peu embarrassée par cet appareil ne l'abandonne, je crains aussi que l'aîne du côté gauche ne soit envahie à son tour, comme on l'a observé dans la plupart des cas connus.

M. TRÉLAT. J'ai obtenu de très-bons résultats du caleçon Bourgeaud, avec deux pelotes compressives.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel : LÉON LA FONT.

SÉANCE DU 28 JUILLET.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *L'Art dentaire*. — *Le Marseille médical*.

Le Bulletin médical du Nord de la France, juin 1869. — *Les Mémoires et Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon*, tome VIII, 1868.

Nouvelles considérations sur la périostite phlegmoneuse et ses modes de terminaison, par le docteur Eug. Bœkel (de Strasbourg). Br. in-8°.

MM. Legouest et Liégeois adressent des demandes de congé.

Discussion sur le traitement des anévrysmes

M. GIRALDÈS. Lorsque Hart proposa la flexion comme mode de traitement des anévrysmes poplités, il chercha à expliquer la guérison suivant les idées professées par Bellingham, idées que je fis d'abord connaître en France, et que M. Broca a rajeunies par la création des mots : caillots actifs et caillots passifs. Hart croyait à l'action simultanée de la diminution du calibre de l'artère et de l'augmentation du frottement du sang entre les caillots. Il avait alors par devers lui dix observations, et il donnait, comme un grand avantage de sa méthode, la simplicité des moyens et la possibilité pour le malade de vaquer à ses occupations, puisqu'il pouvait, avec des béquilles, marcher la jambe fléchie.

Mapother et Murray, en 1867, ont montré à l'Association médicale britannique que la guérison ne survenait pas comme l'avait dit Bellingham; ils ont montré qu'il faut, non pas la compression partielle, mais la compression totale. Il faut, pour qu'un caillot se forme, que le sang stagne dans la poche, et c'est pour cela qu'on a employé la compression du membre, depuis les orteils jusqu'à l'anévrysme.

La compression amène quelquefois, dit-on, des douleurs intoléra-

bles, cela est vrai, mais cela est loin d'être ordinaire ; et quand le malade peut la supporter, c'est ce moyen qui doit être appliqué tout d'abord.

La flexion, dit-on encore, n'est pas applicable à tous les anévrysmes ; cela est également vrai ; mais parmi les accidents relevés par M. Liégeois, beaucoup tiennent à l'anévrysme et non au mode de traitement employé.

On ne peut comprimer une artère plus de dix minutes. Cela résulte de nombreuses expériences faites. Or, comme ce maximum de durée ne peut être atteint par tous les aides, il faut les relayer toutes les cinq ou six minutes, si l'on veut que la compression soit efficace.

La compression digitale est, d'un autre côté, moins douloureuse que la compression mécanique ; elle peut donc être plus longtemps continuée, et l'on a guéri, par la compression digitale continuée pendant douze ou quinze heures, en même temps qu'on donnait le chloroforme, un malade atteint d'anévrysme de l'aorte abdominale.

La compression mécanique ne doit donc venir pratiquement qu'en troisième ligne ; il ne fallait donc pas faire débiter le traitement par la méthode la moins bonne.

M. TRELAT. Quelques-uns de nos collègues, MM. Le Fort et Liégeois, pensent qu'il faut d'abord revenir à la compression digitale, puis à la flexion, et en troisième lieu à la ligature. La compression digitale, efficace comme traitement, est difficile à pratiquer, car il faut un grand nombre d'aides. La flexion, qui est une méthode d'interruption absolue du cours du sang, ne peut être regardée que comme une méthode thérapeutique secondaire au point de vue de la probabilité du succès. Mais comme la flexion est d'une application plus facile, j'ai voulu l'employer tout d'abord. M. Giraldès croit que, pour obtenir la guérison, il faut amener l'arrêt absolu du cours du sang et faire la compression totale. Comment alors expliquer les guérisons spontanées survenues alors que la compression, faite pendant peu de temps, était déjà abandonnée depuis plusieurs jours ?

M. Giraldès a dit que la guérison survenant après quelques heures ruine la théorie de Bellingham, puisqu'on ne peut admettre que la quantité de sang qui passe par l'anévrysme puisse fournir la quantité de fibrine nécessaire à la réplétion du sac. Je ne vois pas en quoi la guérison, survenant en quelques heures, puisse démontrer l'impossibilité de la guérison par la compression incomplète de l'artère.

Il faut, dit M. Giraldès, la compression totale, mais il y a nombre de circonstances dans lesquelles on est obligé de renoncer à cette compression totale par suite de la douleur éprouvée par le malade.

La lente formation de caillots fibrineux, l'établissement simultané de la circulation collatérale, tel est le mécanisme de la guérison, et, dans certains anévrysmes, on suit pas à pas, en même temps que la solidification de la poche, le développement des artères collatérales.

M. LÉON LE FORT. Je ne crois pas que les raisons données par M. Trélat puissent modifier nos opinions sur la non-certitude de la théorie de Bellingham. Dès 1863, et par conséquent bien avant MM. Murray et Mapother, j'ai montré, dans l'article ANÉVRYSME du *Dictionnaire encyclopédique*, que la solidification de quelques anévrysmes, en une ou deux heures, renverse tout l'échafaudage de cette théorie. Je ne veux pas rééditer verbalement ce que j'ai écrit, mais appuyer brièvement ce que vient de dire M. Giraldès. Pour qu'un anévrysme puisse se solidifier en une heure par la formation de caillots exclusivement fibrineux, il faudrait que toute la fibrine de tout le sang du corps fût rassemblée dans l'anévrysme, et dans quelque cas toute la fibrine du sang, fibrine hydratée, ne suffirait pas à remplir la poche. Il faudrait donc que tout le sang du corps eût passé dans l'anévrysme, précisément alors que la compression a pour but de réduire la quantité normale du sang qui passe dans l'artère.

Que se passe-t-il donc ? Le sang que la compression fait stagner dans la poche se coagule, l'anévrysme durcit, mais conserve son volume. Puis, la partie liquide du caillot se sépare, rentre dans le vaisseau. La partie solide du caillot, fibrine et globules, reste dans la poche, et alors deux choses se passent. Ou bien le sac revient sur lui-même, suit le retrait du caillot, celui-ci se durcit, se transforme peu à peu en caillot solide, et la guérison arrive ; ou bien le sac ne revient pas sur lui-même ; le caillot, par suite de la disparition du sérum, ne suffit plus à remplir la poche et ne fait que diminuer sa capacité ; alors le sang rentre de nouveau dans l'anévrysme, les battements reparaissent, et il semble qu'il y a récurrence complète, insuccès absolu. Il n'en est pourtant pas tout à fait ainsi. Qu'on fasse une seconde tentative de compression, les mêmes phénomènes se passeront dans le sac partiellement comblé par la première tentative ; qu'on en fasse une troisième, une quatrième, et l'on arrivera à remplir tout le sac, on arrivera à une guérison définitive. Il ne faut donc

pas se décourager trop vite, et ne pas oublier que la compression totale et intermittente est la meilleure méthode thérapeutique à employer dans le traitement des anévrysmes.

M. GIRALDÈS. Il s'agit d'une question de physiologie; c'est du mode de guérison des tumeurs anévrysmales traitées par la compression. Si je suis, comme le dit M. Trélat, impressionné par des faits exceptionnels, il faut avouer que ces faits sont des exceptions fréquentes, car il est loin d'être rare de voir des anévrysmes se guérir en une ou plusieurs heures. Si la théorie de Bellingham est vraie, tous les cas de ligature devraient échouer, car la circulation, dans ces cas, est interrompue brusquement, et il ne peut se former que des caillots passifs.

La guérison, dit M. Trélat, coïncide avec le rétablissement de la circulation; n'a-t-on pas vu cependant de nombreux anévrysmes récidiver par le rétablissement de la circulation collatérale?

En 1845, j'avais admis la théorie de Bellingham et j'avais rendu compte dans le journal de Malgaigne des faits publiés; mais, plus tard, quand j'ai vu des anévrysmes guéris en quelques heures, j'ai été obligé de conclure autrement.

M. TRÉLAT. Personne n'est en désaccord sur la nature des objets renfermés dans un anévrysme guéri. Là où le désaccord commence, c'est sur le mécanisme de la production du caillot. Que la théorie de Bellingham soit vraie ou fausse, cela change-t-il quelque chose au résultat? Non, mais cela change quelque chose au traitement. Il faut que des caillots se forment dans la tumeur; la compression peut avoir et a pour résultat de favoriser le dépôt des caillots fibreux; dût-elle ne pas réussir à amener une guérison, elle peut du moins la favoriser en comblant une partie du sac.

RAPPORT ORAL SUR LA THÈSE DE M. STOPIN, INTITULÉE : *Traitement de l'Anévrysme poplité par la flexion de la jambe sur la cuisse*, PAR M. LIÉGEOIS.

Cette thèse est un recueil très-consciencieusement fait des observations publiées jusqu'à ce jour sur la matière. Mais je dois dire de suite qu'après la lecture très-attentive que j'en ai faite, je diffère radicalement de l'auteur au point de vue de la valeur qu'il paraît accorder à la méthode de la flexion dans le traitement des anévrysmes poplités.

Quoique sobre de conclusions générales, M. Stopin dit quelque part que cette méthode doit occuper, parmi celles qui sont le

plus en faveur, la compression digitale et la ligature, le premier rang. J'espère vous démontrer, avec les observations mêmes de cet auteur, que la flexion est loin d'être supérieure à la compression digitale.

Dans son premier chapitre, M. Stopin s'occupe de la question historique. Je ne m'y arrêterais pas si je n'avais à rappeler le nom d'un collègue qui a été oublié par la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question. Je veux parler de Lenoir. Il est bien certain, comme le dit M. Stopin, que c'est Lenoir, le premier, qui fit usage de la flexion de la jambe sur un sujet atteint d'un anévrysme poplité, et qui avait été traité pendant un mois par la compression indirecte. Sa tentative, il est vrai, échoua, mais elle fut poursuivie pendant un mois. Seulement, Lenoir n'employa que la demi-flexion, et non la flexion totale ou graduelle, ou intermittente, comme elle a été mise en usage depuis. Mais si Lenoir a la priorité de l'emploi de la méthode pour les anévrysmes poplités, la priorité du premier succès appartient à Maunoir. Ce que l'on peut appeler la priorité scientifique revient à Hart. C'est Hart en effet qui appela surtout l'attention des chirurgiens sur les services que pouvait rendre cette méthode.

La communication à la Société de chirurgie, faite en 1863, ne fut pas sans doute sans influence sur la propagation de l'idée en France, car cet auteur la présentait alors sous un jour tellement favorable qu'il dut nécessairement entraîner un certain nombre de chirurgiens à son emploi. Hart signalait en effet douze succès; il rappelait, à la vérité, un insuccès de Fergusson; mais celui-ci n'avait employé la flexion dans un cas que comme moyen, en quelque sorte, accessoire.

Le nombre d'observations relevées par M. Stopin est de 49. Presque toutes sont empruntées à la chirurgie anglaise, à l'exception de 8 seulement, appartenant à MM. Maunoir (de Genève), Piachaud (de Genève), Sistach (2), Denucé, Verneuil, Estevenet, Lenoir.

L'auteur examine successivement les cas de succès et les cas d'insuccès.

Pour les premiers, il les divise en trois catégories.

1° *Cas où la flexion seule a été employée.* — Cette catégorie comprend 7 observations. L'âge des sujets était de 30 à 40 ans; un seul malade avait 61 ans.

Le volume de l'anévrysme n'était près très-considérable; un seul avait le volume du poing; les autres avaient celui d'un citron, d'une orange, d'un œuf de poule, d'une noix.

Les anévrysmes auxquels on avait affaire siégeaient sur les divers points du losange poplité, en haut, au milieu, en bas.

Tous, à l'exception de deux, ne présentaient plus de battements quand la flexion était faite; et, pour ces deux cas exceptionnels, les battements étaient très-faibles.

Ces 7 malades ont guéri sans récurrence, la flexion ayant duré 3 jours, 5 jours, 6 jours, 15 jours, 18 jours.

Enfin, dans tous les cas on employa la flexion continue. Elle n'a pas été constamment portée au même degré, mais l'échelle de variation fut trop faible pour rentrer dans ce que l'on appelle la flexion graduelle.

2° *Cas où la flexion a été employée, certaines autres méthodes de traitement ayant échoué.* — Cette catégorie comprend 4 faits seulement. 2 sont dignes d'être rappelés : l'un de Spence, dans lequel il s'agit d'un sujet qui, après avoir subi la ligature de l'artère fémorale, puis la compression directe de l'anévrysme, puis la compression indirecte pendant 6 mois, guérit après 5 jours de traitement par la flexion. L'autre est de Johnson, dans lequel 6 jours de flexion guérissent là où 3 mois de compression avaient été inutiles. Les 4 sujets de cette catégorie possédaient des anévrysmes de dimensions moyennes : celles d'une orange, d'un œuf de poule.

3° *Cas où la flexion a été employée concurremment avec d'autres procédés.* — Cette catégorie comprend 15 sujets. Il est toutefois difficile ici de faire la part de la flexion dans les succès obtenus. Une seule de ces observations doit certainement, sinon entièrement, mais en très-grande partie, appartenir à cette méthode : c'est celle de M. Verneuil. Il s'agissait d'un sujet chez lequel la compression indirecte de l'artère fémorale, puis la compression indirecte renouvelée, avaient été faites sans succès. De plus, à la suite de ces tentatives, une eschare s'était formée sous la pelote d'un compresseur. M. Verneuil, ayant fait l'examen des urines, reconnut que le sujet était diabétique. Un traitement approprié fut suivi par le malade, et quand celui-ci parut guéri de son diabète, le chirurgien entreprit la flexion forcée. La flexion, étant très-douloureuse, fut faite d'une façon intermittente seulement, une demi-heure chaque jour. L'anévrysme s'améliora; mais comme il persistait encore quelques battements en un point, M. Verneuil fit usage, concurremment avec la flexion, d'abord de la compression indirecte avec un coussin conique appliqué sur la partie supérieure de l'artère poplitée, ensuite de la compression directe de l'anévrysme, puis des linges pliés en deux dans le creux poplité. La guérison ne fut obtenue, à la vérité,

qu'après un traitement par la flexion de 2 mois $1/2$; mais cette observation est des plus intéressantes en ce qu'elle montre comment, avec de la persévérance, on peut arriver à la guérison d'anévrysmes en réalité des plus rebelles.

Chez les 15 sujets de cette catégorie, la moitié au moins possédaient des anévrysmes d'assez grosses dimensions, celle du poing (Verneuil), d'un œuf de dinde, d'un œuf d'oie.

Les insuccès sont au nombre de 23. Les uns sont dus à ce que la flexion, ayant été tolérée, a été inefficace (3 cas). Les autres à ce que la flexion, n'a pu être tolérée par suite de la douleur qu'elle avait provoquée. Ces sujets durent être, pour cette raison, traités par la compression ou la ligature de l'artère fémorale.

Dans les cas où la flexion a été intolérée, cas qui sont au nombre de 9, la flexion a été généralement forcée ; mais dans un (Lyon), elle ne dépassait pas l'angle droit. On peut toutefois se demander si dans la plupart de ces cas on avait essayé la flexion graduelle ou intermittente, le succès ne s'en serait pas suivi. Enfin, un certain nombre d'insuccès se sont traduits par des accidents survenus après l'emploi de la méthode. On trouve sept fois la rupture du sac et une fois son inflammation. Comme quelques-unes de ces observations peuvent être sujettes à contestations, je demande la permission de les résumer brièvement.

1° OBS. DE ROOKE. — L'anévrysme poplité avait 12 centimètres en hauteur, 17 en travers. La flexion fut faite pendant 15 jours ; il n'y eut qu'une amélioration. Un mois de compression parut amener la guérison, et tout à coup le membre se tuméfie, devient insensible. Il fallut amputer « en raison de l'énorme gonflement du genou, de l'accroissement rapide du volume de la tumeur, de l'extrême distension du tégument à la partie inférieure du membre, du froid glacial et de l'insensibilité des orteils et de l'état pitoyable du patient. » Il y a tout lieu de croire que, dans ce cas, une rupture s'est effectuée. Ce fait n'est pas, il est vrai, indiqué dans les détails de l'autopsie ; il est dit seulement qu'on trouva un liquide foncé dans les tissus. A la vérité, on pourrait attribuer à la compression faite après la flexion ce résultat ; mais remarquons qu'après la compression d'une artère dans les cas d'anévrysme, la rupture du sac a été signalée très-rarement. Aussi, dans le relevé de Malgaigne, sur 108 anévrysmes fémoraux ou fémoro-poplités, cette circonstance n'est indiquée qu'une fois ; et dans 108 cas d'anévrysmes poplités, elle n'est pas signalée.

2° OBS. DE SISTACH. — L'anévrysme avait le volume d'une noix. La flexion de la jambe fut faite à angle aigu pendant 5 jours, puis la compression indirecte de l'artère fémorale pendant 48 heures à l'aide de compresses graduées et d'un bandage qui maintenait de plus la jambe dans la flexion. Celle-ci fut suspendue, puis reprise. Alors les douleurs devinrent tellement vives que le malade enleva son bandage. Bientôt la tumeur prit un volume considérable, la circonférence du genou augmenta notablement. La douleur s'exaspéra. Une ecchymose survint au creux poplité. Ligature de la fémorale; érysipèle de la plaie, hémorrhagies consécutives, gangrène humide suivirent. Mort. A l'autopsie, on trouva 100 grammes de sang sous l'aponévrose.

3° et 4° OBS. DE PAGET ET DE MOORE. — Ces deux observations sont différemment interprétées par les auteurs; pour les uns, la rupture du sac aurait précédé la flexion; pour les autres, elle aurait été consécutive. Nous les rapporterons telles qu'elles sont consignées dans les *Archives* (année 1859, t. II). « Voici, dit l'auteur d'une revue, deux observations qui démontrent que la méthode de la flexion a aussi ses dangers. »

Le malade de M. Moore portait un anévrysme poplité d'un volume énorme. On mit le genou dans la flexion forcée; l'anévrysme s'ouvrit dans l'articulation; mais on parvint heureusement à sauver le malade par la ligature de l'artère fémorale.

Chez le sujet, âgé de 30 ans (homme robuste), traité de la même manière par M. Paget, l'anévrysme datait de 5 semaines, mais il était très-volumineux. A la suite de la flexion du genou, l'anévrysme augmenta rapidement de dimensions; il devint très-douloureux; le tissu cellulaire s'infiltra beaucoup. M. Paget se décida, après quelques jours, à lier l'artère fémorale. Il paraît qu'il craignait, sans en être sûr, que l'anévrysme ne fût rompu. Les suites immédiates de l'opération furent d'ailleurs très-favorables.

5° OBS. DE FAYRER. — L'anévrysme avait le volume d'un œuf de canard. La jambe fut fléchie avec douceur. Un quart d'heure après, les douleurs furent tellement vives que le malade enleva lui-même les bandes. Survint bientôt un gonflement diffus dans le jarret. « L'anévrysme, dit l'auteur, paraît avoir éclaté. » Ligature de la fémorale; gangrène; amputation de la cuisse.

6° OBS. DE LANE. — L'anévrysme avait le volume d'une noix de

coco ; 5 jours de flexion furent faits ; 3 jours après survinrent de la douleur et du gonflement du genou. Le sac de l'artère semblait être rompu. Ligature de la fémorale. Guérison.

7° OBS. DE BERKELT. — La compression a été faite pendant 14 jours ; la tumeur fut réduite à la grosseur d'une petite bulle et avait acquis une grande dureté ; on eut alors recours à la flexion, qu'on abandonna ensuite pour revenir à la compression ; mais l'anévrysme se rompit et on lia la fémorale.

8° OBS. DE CRAMPTON (Infiltration du sac). — La tumeur avait 19 centimètres $1/2$ verticalement. On fit la flexion graduelle, il y eut peu d'amélioration. Une eschare apparut de 1 pouce de large. On employa la compression indirecte sur l'artère fémorale, puis la compression digitale. Pendant l'emploi de ces moyens, l'eschare du jarret se sépara et mit à découvert un caillot noir qui remplissait le sac. Celui-ci s'enflamma, la guérison s'ensuivit néanmoins.

Ainsi donc, s'il est dans ces huit observations quelques doutes qui paraissent planer sur l'influence qu'a exercée la flexion sur ces accidents, il en est bon nombre où cette influence a été incontestable. La méthode de la flexion n'est pas, par conséquent, aussi innocente que le pensait Hart et que le pensent encore aujourd'hui un certain nombre de chirurgiens. A ces observations désavantageuses à la méthode, j'en ajouterai encore une autre, celle d'Estevenet. A la suite de la flexion, l'anévrysme était en voie d'amélioration quand le chirurgien pratiqua la malaxation ; une eschare se forma au creux poplité, elle fut suivie d'une hémorrhagie mortelle. On peut toutefois se demander si, dans cette observation, la malaxation de la tumeur n'a pas été pour quelque chose dans ce fâcheux résultat.

Peut-on trouver la cause de ces succès ? Est-ce dans l'âge des sujets ? Ceux-ci avaient de 30 à 50 ans, un seul avait 58 ans. Le volume de la tumeur paraît avoir une importance plus grande, car sur dix-huit observations où le volume est relaté, on trouve dix anévrysmes supérieurs aux dimensions du poing.

Il est difficile de dire, en raison de la brièveté de la plupart des observations recueillies par M. Stopin, si l'état liquide ou solide de la tumeur a eu sur ces succès une influence certaine. Dans quatre cas la tumeur était molle, compressible, réductible ; dans trois cas elle parut contenir des dépôts de fibrine.

Un élément dont on doit tenir grand compte dans ces succès, est l'état granulo-calcaire des artères. Cette lésion a été signalée

sept fois dans les observations. Il est toutefois difficile de dire le rôle qu'elle a pu jouer dans ces cas.

Disons enfin que dans cette catégorie de malades qui n'ont pas guéri par la flexion, les battements de l'anévrysme disparaissaient sous l'influence de cette position donnée aux membres; seulement ce genre de considération a été passé sous silence dans un certain nombre d'observations.

En somme, les contre-indications les plus probables de la méthode sont, comme le pense M. Stopin, la douleur vive produite par la flexion modérée, un volume considérable de l'anévrysme, la dégénérescence granulo-calcaire du système artériel.

On voit, d'après ce que nous venons de dire, que la méthode de la flexion est loin d'être aussi efficace que le promettaient les premiers succès annoncés par Hart, puisque en consultant les observations consignées par M. Stopin, le nombre des succès est de 55 p. 100 et non de 92 p. 100 (d'après Hart 12 succès, 1 insuccès).

Voyons maintenant si la compression digitale est inférieure dans ses résultats à la flexion. Pour juger cette question, j'ai détaché du tableau des anévrysmes de M. Richet (*Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie*) les anévrysmes poplités traités par la compression digitale. Ceux-ci sont au nombre de 31. J'ajouterai à ces cas ceux qui ont été présentés depuis la publication de ce tableau (1864) à la Société de chirurgie par MM. Demarquay, Legouest (2 cas), Désormeaux, Houel, Vanzetti; ce qui constitue un total de 37 cas. Or sur ces 37 cas je trouve 26 succès, par conséquent 70 p. 100, chiffre supérieur à 55 p. 100 se rapportant à la flexion.

De plus, je ne trouve dans ces 37 cas que trois accidents : deux fois eschare (Bourgeret, Désormeaux), une fois gangrène de la jambe survenue un mois après la solidification de la tumeur (Verneuil). La compression digitale paraît donc être plus sûre dans ses résultats que la flexion.

Je me suis demandé aussi si la flexion ne nuisait pas à l'emploi des autres méthodes une fois qu'elle avait échoué. Relevant les observations consignées dans la thèse de M. Stopin, je trouve que sur vingt-trois observations d'insuccès, quinze fois on a fait la ligature de l'artère fémorale, la compression ayant échoué huit fois à la suite de la ligature; il y a eu 12 guérisons, 3 morts, 3 amputations; les 3 amputés ont guéri.

Après l'insuccès de la flexion, la compression, n'a réussi que cinq fois sur treize sujets. Enfin, dans un cas il y a eu un abcès du mollet, suivi de mort, survenue après la flexion et la compression avec

des fils métalliques (Trob); dans un autre cas, une injection de perchlorure de fer a été faite dans l'anévrysme et fut suivie de mort, après la compression indirecte et la flexion (Lenoir).

L'observation suivante, recueillie cette semaine dans le service de M. Richet, montrera cependant qu'en se mettant dans la condition que je viens de signaler, certains anévrysmes poplités résistent à l'emploi successif de la compression digitale et de la flexion, et sans qu'on puisse en découvrir la raison, même entre les mains des chirurgiens les plus habiles.

Il y a donc tout lieu de demander d'après cela si la flexion n'aggrave pas les anévrysmes dans les cas où elle ne réussit pas, de manière à diminuer les chances de la compression digitale ou mécanique. Pour mon compte, d'après ces résultats, je suis tout disposé à croire que, quand il n'y a pas d'indications spéciales qui exigent l'intervention d'une méthode donnée, c'est à la compression digitale qu'on doit recourir tout d'abord, la flexion ne devant venir qu'après.

*Observation prise dans le service de M. Richet et recueillie
par M. Domange, interne du service.*

Le nommé C..., âgé de 30 ans, de bonne constitution, est entré à l'hôpital des Cliniques le 29 juin. Cet homme a fait la campagne du Mexique, attaché au train des équipages. Il montait peu à cheval, il n'a eu ni blessure, ni maladie. De retour chez lui il se fit berge, dans un pays peu montagneux, et ne se fatigua pas beaucoup par la marche.

Vers la fin de l'année 1868, il s'aperçut qu'il portait au creux du jarret une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, et n'y fit que peu attention; cette tumeur, dit-il, disparut pendant un certain temps pour ne se montrer de nouveau que vers la fin de janvier 1869, époque à partir de laquelle elle grossit progressivement. Cet homme entre à l'hôpital des Cliniques le 29 juin, et l'on constate alors l'état suivant :

Le creux poplité est rempli par une tumeur de la grosseur du poing, et qui fait une saillie manifeste à l'intérieur. Elle semble occuper surtout la partie inférieure du losange poplité. La peau qui la recouvre est très-mobile, sans changement, si ce n'est qu'elle est plus colorée que les parties voisines. La fluctuation est des plus évidentes. La main appliquée sur la tumeur constate un soulèvement

en masse, et un mouvement d'expansion isochrone avec le pouls de l'artère fémorale. Ces mouvements disparaissent par la compression de l'artère au pli de l'aîne, en même temps que la tumeur diminue manifestement de volume ; la compression ayant cessé, la tumeur reprend son volume primitif, non brusquement, mais par saccades. L'oreille appliquée sur elle perçoit un bruit de souffle continu avec renforcement au moment de la systole. La température de la jambe malade est de 1 degré supérieure à celle du membre sain. Il y a un œdème assez marqué au-dessous de la tumeur, œdème qui augmente par la station debout.

Le malade éprouve des fourmillements, des élancements douloureux dans le mollet, devenant intolérables pendant la marche. Pas d'épanchement dans l'articulation du genou.

Le 6 juillet, à huit heures du matin, on commence la compression digitale au pli de l'aîne ; elle est maintenue d'une façon continue jusqu'à dix heures du soir. A ce moment la tumeur est dure, elle a perdu sa fluctuation, elle n'est plus le siège ni de mouvements d'expansion, ni de bruits de souffle. On applique le compresseur de Signorini pendant deux jours, la guérison semble se maintenir.

Le 9 au matin, on constate un léger soulèvement de la tumeur, pas de bruit de souffle.

Le 10, le mouvement d'expansion et le bruit de souffle ont reparu ; l'un et l'autre ont augmenté jusqu'au 15 juillet.

Alors on fait la flexion graduelle de la jambe sur la cuisse, au moyen de deux courroies fixées d'une part à une guêtre qui entoure le pied, et d'autre part à un caleçon entourant le bassin et la racine de la cuisse.

La flexion est augmentée graduellement jusqu'au 22 juillet. Dès le 18 juillet, les battements et le souffle avaient disparu, mais le malade supportant facilement la flexion, elle est maintenue jusqu'au 22. A la levée de l'appareil, on ne perçoit plus à la périphérie de la tumeur que quelques battements, qui sont rapportés à des artères collatérales. Pendant toute la durée de ce traitement, le malade ne s'est plaint que de la compression exercée sur la crête du tibia par la courroie de la guêtre, et n'a accusé aucune douleur dans le genou. Quand la guêtre fut enlevée, par mesure de prudence, M. Richet crut devoir continuer la flexion, mais seulement avec une simple courroie qui embrassait la cuisse et la jambe ; cette courroie ayant été mal supportée, le premier appareil fut remis. A cette époque seulement le malade se plaint de douleurs dans la jointure, mais de douleurs qu'il supporte facilement.

Le 27 juillet, les battements sont revenus dans la tumeur ainsi que le bruit de souffle. M. Richet enlève l'appareil, et l'on constate l'absence de caillots dans la poche. On voit à l'œil nu le mouvement d'expansion assez prononcé; les battements sous la main ainsi que le souffle paraissent avoir la même intensité que le premier jour. L'appareil pour maintenir la flexion est resté en place douze jours. 28 juillet, le malade n'a pas souffert depuis la levée de l'appareil. M. Richet se dispose à faire la ligature de la fémorale à la partie moyenne (1).

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 4 AOUT 1869

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le dernier fascicule du *Traité de diagnostic chirurgical* de Foucher, par M. Desprès.

Discussion sur le procès-verbal.

M. CHASSAIGNAC. Dans la dernière séance, M. Giraldès a cru pouvoir affirmer que la compression digitale ne pouvait guère être continuée par un même aide au delà de dix minutes. Je crois devoir rappeler à la Société que je lui ai présenté jadis un malade guéri d'un anévrysme poplité par la compression digitale. Or, l'aide qui

(1) La ligature pratiquée depuis a été suivie de la mort du malade.

s'était chargé de la compression avait pu la continuer pendant plus d'une heure, grâce à un artifice que je mis en usage. Il consiste à faire appliquer sur les doigts de l'aide un sac rempli de plomb de chasse, sac dont on peut augmenter ou diminuer facilement le poids.

M. GIRALDÈS. Lorsqu'il s'agit de compression incomplète, je crois qu'un aide peut comprimer aussi longtemps que le dit M. Chassaignac; mais nous n'avons parlé que de la compression totale, et celle-ci, je le répète, ne peut être exécutée complètement, sûrement, efficacement, au delà de dix minutes.

M. CHASSAIGNAC. Je ne puis savoir ce qui se passait dans l'anévrysme, mais ce que je puis affirmer, c'est que, dans ce cas, nous arrêtons complètement les battements dans toutes les artères placées au-dessous du sac, et je crois pouvoir avancer que la compression devait être totale, bien que continuée longtemps, grâce au secours du sac de plomb.

COMMUNICATION

Sur les lésions de la coxalgie à son début. — M. GUÉNIOT. Les occasions d'étudier les lésions anatomiques de la coxalgie, dans sa période initiale, se présentent assez rarement pour qu'il y ait un véritable intérêt à n'en perdre aucune. C'est pourquoi je m'empresse de mettre sous les yeux de la Société une pièce pathologique de ce genre. L'observation en a été recueillie par mon interne, M. J. Renault, qui a en même temps figuré, dans un très-beau dessin, les principaux détails de la lésion.

Coxalgie au début; abcès péri-articulaire sans communication avec l'article. Mort par rougeole compliquée de croup. — Arm... (Valentine), âgée de six ans et demi, entre le 6 juin 1869 dans le service de M. le docteur Guéniot, à l'hospice des Enfants-Assistés.

Cette enfant, bien conformée et forte pour son âge, se plaignait d'avoir reçu en jouant avec ses compagnes un violent coup de pied dans l'aîne droite. Elle ne pouvait marcher, ni même s'appuyer sur le membre correspondant pendant la station debout. Les mouvements communiqués à l'articulation coxo-fémorale, bien que très-douloureux et fort redoutés par la malade, ne donnaient lieu à aucune crépitation intra-articulaire, et l'on ne trouvait au palper aucun empatement, ni aucune tuméfaction anormale. Le diagnostic, *arthrite*

coxo-fémorale subaigue, de cause inconnue, fut porté en conséquence de ces symptômes. Il n'était en effet nullement certain que l'enfant eût été blessée comme elle le prétendait, et la région de l'aîne n'offrait aucune trace de violence.

Au bout de peu de jours, cette petite fille fut prise de rougeole, et le 13 juin elle passa dans le service de médecine. Elle y mourut du croup, de pneumonie et de gangrènes multiples, le 23 du même mois, après avoir été trachéotomisée le 20. Pendant ce temps, la douleur de la hanche avait paru incomplètement cesser d'abord, pour reprendre ensuite, dans les deux ou trois derniers jours de la maladie, une intensité nouvelle.

L'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort, outre de nombreux désordres du côté de l'appareil respiratoire, présenta, au point de vue chirurgical, les particularités suivantes : les régions de l'aîne et de la hanche étant disséquées couche par couche, on découvrit sous le psoas, dans la bourse séreuse qui sépare la face profonde de ce muscle de l'articulation de la hanche, une collection purulente parfaitement limitée, close de toutes parts et ne communiquant pas avec l'article. L'abcès contenait environ 30 grammes de pus jaune verdâtre, grumelleux et de consistance de lait caillé. La capsule articulaire fut ensuite découverte ; elle était entourée d'un tissu jaune, gélatiniforme, infiltré de sérosité et englobant dans sa masse les nombreux tendons qui s'insèrent à ce niveau. Après l'incision de la capsule, il ne s'écoula aucun liquide, et l'on constata que la tête fémorale et le cotyle étaient en contact parfait ; il fallut un effort assez énergique pour obtenir leur séparation, qui s'effectua avec bruit. La cavité articulaire était donc bien vide ; mais la séreuse était colorée en rouge ou en orangé pâle, avec une vive injection arborisée, dans presque toute son étendue. Les cartilages d'encroûtement de la tête fémorale et de la cavité cotyloïde avaient perdu leur couleur bleu-translucide pour devenir d'un jaune ocreux, pâle mat, nuancé par places de rose très-pâle. Leur surface était restée néanmoins brillante et lisse. Le bourrelet synovial et graisseux qui s'observe normalement à l'union de la tête et du col dans les 2/3 antéro-internes était devenu d'un rouge carminé très-vif. Le ligament rond et le bourrelet graisseux du cotyle étaient également injectés. Enfin, des concrétions pelliculaires, sorte de pseudo-membranes très-déliques, s'observaient sur la partie intra-capsulaire du col, surtout au niveau du cul-de-sac inférieur de la synoviale.

A la partie postérieure du col du fémur, on voyait un point de l'os dénudé et érodé formant une petite ulcération elliptique de

5 millimètres de longueur sur 4 millimètres de largeur. C'était la seule lésion osseuse existant dans le squelette de la région. Le cotyle ne portait aucune érosion semblable.

Voici maintenant quelles sont les altérations que M. J. Renaut a rencontrées dans la constitution histologique du cartilage de la tête du fémur.

Le tissu cartilagineux était devenu cassant et friable, et il était difficile d'y faire des coupes égales et minces. Les couches les plus superficielles du cartilage d'encroûtement étaient le siège d'une désorganisation avancée. On ne voyait plus sur les préparations aucune trace de capsules cartilagineuses, et la substance fondamentale, devenue finement granuleuse, était creusée d'espaces irréguliers, remplis de gouttelettes graisseuses. Au-dessous de cette couche complètement détruite, le cartilage était également très-malade, mais les chondroplastes étaient conservés; seulement, la majeure partie de leurs éléments cellulaires avait disparu, et ni l'acide piérique ni le carmin ne pouvaient décèler dans la capsule cartilagineuse le noyau et la masse de protoplasma qu'elle contient normalement. Les granulations graisseuses avaient pris la place de ces éléments, et gorgeaient la cavité capsulaire dépourvue de noyau. Dans les couches les plus profondes, enfin, la lésion était beaucoup moins accentuée; l'on observait seulement une très-forte proportion de granulations graisseuses dans le protoplasma qui entoure le noyau de la cellule cartilagineuse. La substance fondamentale commençait également à devenir granuleuse. On voit donc qu'il s'agit ici d'une dégénérescence granulo-graisseuse des éléments cellulaires du cartilage, dégénérescence qui atteint son maximum d'intensité à la périphérie, et qui n'est encore qu'à son début dans les couches profondes.

Presque en même temps que le fait précédent était soumis à notre observation, un autre cas du même genre (mais à une période moins avancée encore des lésions) se produisait dans le service de mon collègue M. Parrot. En voici l'observation abrégée, que je dois à l'obligeance de M. Roque, externe du service, ainsi qu'un dessin qui a été très-exactement fait par M. Renaut.

Armande A..., âgée de 7 ans, est entrée le 10 juin 1869 à l'hospice des Enfants-Assistés. Le lendemain, je crus m'apercevoir qu'elle boitait un peu du côté gauche; mais la marche restait assez facile pour que la religieuse du service ne reconnût rien d'anormal, et je n'insistai pas. Cependant, quelques jours plus tard, je m'assura

qu'il existait bien réellement une claudication très-légère, et c'est le membre gauche qui me parut être affecté.

La mère de l'enfant n'a jamais remarqué que celle-ci boitât. Avant son entrée à l'hospice, le 9 juin, la petite malade ne pouvait, il est vrai, que difficilement se tenir debout; mais cet état fut attribué aux privations qu'elle avait subies pendant un séjour de deux mois chez une tante. A l'hospice, elle ne se plaignit jamais de la hanche. Pendant plusieurs jours elle est restée dans la division des filles, jouant et courant comme ses compagnes, jusqu'au 17 juin, où elle fut atteinte d'une angine grave. Dix jours après elle succomba, et M. Parrot constata l'existence de tubercules dans les poumons.

A l'autopsie, les deux articulations coxo-fémorales furent examinées avec soin. Tandis qu'à droite le cartilage de la tête du fémur était d'un blanc bleuâtre normal et offrait une surface lisse très-brillante, à gauche, au contraire, il présentait une teinte jaune ocreux uniforme et paraissait moins translucide. C'était, d'ailleurs, la seule différence constatable à l'œil nu entre le côté sain et le côté malade. Mais à l'examen microscopique on trouva, dans le cartilage fémoral gauche, les mêmes lésions que celles du fait précédent, c'est-à-dire une dégénérescence granulo-graisseuse des éléments cellulaires du cartilage; dégénérescence surtout avancée dans les couches les plus superficielles.

Dans les deux cas que je viens de rapporter, on voit que la maladie articulaire était tout à fait à son début. C'est à peine si, dans le second, elle se traduisait pendant la vie par une claudication légère et probablement intermittente. Cependant, déjà le revêtement cartilagineux de la tête fémorale offrait des lésions semblables à celles qui caractérisent la période initiale de la coxalgie. Ces altérations du cartilage sont, en effet, identiques à celles que M. Paquet a observées et qu'il a décrites avec beaucoup de soin dans son *Étude sur les tumeurs blanches* (thèse; Paris, 1867). Il me paraît donc probable que les deux faits dont il s'agit appartiennent réellement à cette sorte d'affection articulaire.

On peut se demander si, dans le premier cas, les lésions de l'article ne seraient pas la conséquence de l'abcès développé dans la bourse séreuse du psoas. Mais si l'on considère, d'une part, que cette poche purulente ne communiquait pas avec l'articulation, et que, d'autre part, le tissu osseux était altéré et dénudé en un point, on sera plutôt enclin à considérer les deux affections comme ayant une origine contemporaine et, vraisemblablement aussi, une cause commune.

Ce qu'il importe encore de remarquer, c'est, dans la première observation, la généralité des lésions qui, même à cette période peu avancée, affectent tout à la fois le cartilage, la synoviale et le tissu osseux. Dans le second cas, au contraire, un seul élément articulaire est intéressé, et c'est le tissu cartilagineux.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. GUERSANT. Le malade que je vous présente a subi, à l'âge de 11 ans, l'amputation partielle du pied par la méthode de M. Lisfranc. L'avant-pied avait été écrasé; je fis l'opération le lendemain de l'accident, le 18 mai 1846.

Les faits se passaient à l'hôpital des Enfants-Malades. Il n'y eut aucun accident, et l'enfant sortit guéri le 8 juillet. Il y a donc 23 ans que l'amputation a été faite; vous pouvez constater le parfait état du moignon. Le malade s'est toujours bien servi de son pied et peut faire sans fatigue de très-longues marches.

M. DEMARQUAY a eu l'occasion d'amputer au milieu du tarse, et il a obtenu des résultats parfaits, bien que les idées admises à cette époque fissent redouter des inconvénients ultérieurs.

M. CHASSAIGNAC appelle également l'attention sur ce point et montre combien l'on avait exagéré les craintes sous le rapport des résultats éloignés de la méthode.

M. LÉON LE FORT présente à la Société un malade atteint depuis deux ans d'une tumeur de la région fessière, présentant des battements obscurs et un bruit de souffle très-marqué; il demande l'avis de ses collègues sur le diagnostic, car il hésite entre une tumeur maligne très-vasculaire, ou un anévrysme de la région fessière. Le toucher rectal fait constater à M. Guérin l'existence d'une tumeur intra-pelvienne, ce qui doit faire penser à une tumeur fibro-plastique.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. GUÉRIN présente un cristallin atteint de cataracte capsulaire, recueilli à l'autopsie d'un vieillard.

M. PERRIN. Les opacités cristallines débutent souvent par les couches corticales, et consistent dans une prolifération cellulaire dans la couche épithéliale qui double la capsule. Il est probable qu'on a affaire ici à un cas semblable.

M. GIRAUD-TEULON se range à l'opinion de M. Perrin; le microscope seul pourrait décider s'il s'agit d'une cataracte vraiment capsu-

laire, ou d'une opacité de la couche épithéliale, ou d'un exsudat inflammatoire sur la couche externe de la capsule. Dans tous les cas, au point de vue chirurgical, il y aurait à extraire la capsule.

M. VERNEUIL rappelle que c'est à Broca que l'on doit d'avoir établi par le microscope le siège des opacités capsulaires.

M. GUÉRIN. Je reconnais que dans l'état où elle se trouve, la pièce ne peut entraîner la conviction; elle a macéré, a été maniée à plusieurs reprises et a perdu son aspect primitif. A la loupe, on pouvait apercevoir une opacité allant des procès ciliaires au cristallin. Audessus de l'humeur de Morgagni opaque, on pouvait apercevoir le cristalloïde également opaque. L'autre cataracte a été disséquée et sera présentée à la Société anatomique après avoir été soumise à l'examen de MM. Robin et Ranvier.

M. F. GUYON montre à la Société un corps étranger qu'il a extrait de la vessie; le corps étranger est une tige d'oignon, longue de 15 centimètres; elle est incrustée de phosphate calcaire. Le malade était dans un état d'ivresse lorsqu'il introduisit ce corps étranger, qui se brisa et qui resta en partie dans la vessie. Six semaines après, le 15 juillet, il se présenta à l'hôpital Necker. Ce malade avait été lithotritié autrefois, et affirmait qu'il était de nouveau atteint de la pierre. L'exploration ne donnait d'autre sensation que celle d'une colonne charnue incrustée. La vessie ne contenait que 60 à 80 grammes de liquide; le malade souffrait en urinant, urinait fréquemment, à peu près aussi souvent la nuit que le jour.

Le 21 juillet, premier essai de lithotritie; bien que la capacité de la vessie n'ait pas été augmentée, un corps étranger fut immédiatement saisi; le rapprochement des mors du lithotriteur fut extrêmement facile et ne donna lieu à aucune sensation d'éclat. Les cuillers contenaient une notable quantité de phosphate calcaire et une petite membrane de la largeur de l'ongle. Examinée, cette singulière production fut reconnue de nature végétale. Le malade fit alors des aveux. Prévenu dès lors, je cherchai sans succès, le 26, à saisir le corps étranger; la vessie était toujours aussi intolérante.

Le 4 août, nouvelle tentative, suivie de succès. En effet, après avoir placé le lithotriteur de telle façon que le bas-fond de la vessie fût déprimé autant que possible, l'instrument étant ouvert et son ouverture regardant en haut, des successions vives et répétées furent imprimées au bassin. Je m'aperçus, en rapprochant les mors de l'instrument, que le corps étranger était saisi. Je me gardai cette fois de serrer à fond, afin d'éviter de l'écraser, et je pus facilement amener à l'extérieur le corps étranger que voici.

Le malade a quitté l'hôpital le surlendemain ; la cessation absolue des douleurs permet de penser que le corps étranger tout entier a été enlevé. D'ailleurs, la vessie, jusque-là si intolérante, recevait 130 grammes de liquide, ce qui a permis de faire de grands lavages et des explorations complètes.

Ce corps étranger est intéressant par la singularité de son choix ; mais, au point de vue opératoire, l'absence de sensation met bien en relief l'utilité du procédé opératoire suivi. Ce procédé, fort recommandé par M. Nélaton pour la lithotritie, dans laquelle il rend les plus grands services, était évidemment celui qui permettait le mieux de saisir le corps étranger. Aller à sa rencontre sans avoir de sensation était chose bien difficile, et qui d'ailleurs ne nous réussit nullement dans la seconde séance. Le procédé indirect, qui consiste à faire venir le corps à saisir vers l'instrument, au lieu de conduire l'instrument vers lui, était évidemment indiqué.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 11 AOUT 1869

Présidence de M. VERNEUIL

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

— Les journaux de la semaine : le *Montpellier médical* ; — le *Bulletin médical de l'Aisne* ; — le *Sud médical* ; — le *Journal de médecine de l'Ouest*.

— Le compte rendu statistique de la clinique ophtalmique de l'Université royale des études de Naples, 1867-1868, par le docteur Giangiuseppe Reale.

— *Sur quelques obstacles à l'urétrotomie*, par le professeur Fabri.

— *Sur la luxation postérieure complète du pouce*, par le même.

— *Sur une luxation ovalaire complète réduite par une nouvelle méthode*, par le même.

— *Sur les injections iodées dans l'ascite*, par le docteur Robell.

— *Étude sur la péritonite après l'ovariotomie*, par le docteur Nardou-Durozier.

COMMUNICATION

Anévrysme cirsoïde du cuir chevelu. — M. BROCA présente une malade à laquelle il a pratiqué avec succès une opération complexe ou plutôt une série d'opérations pour un cas d'anévrysme cirsoïde très-volumineux du cuir chevelu.

Le sujet est une jeune femme de 26 ans, d'origine allemande (elle est née dans la Hesse). A l'âge de 8 ans, elle reçoit un coup de pierre à la partie postérieure du crâne, qui, au dire de la malade, ne déterminait ni plaie, ni écoulement de sang. Il faut ajouter que les renseignements positifs font défaut relativement aux suites immédiates de ce coup. Toujours est-il que, au bout d'un certain temps, il se manifeste une tumeur dont les parents s'aperçoivent sans y ajouter trop d'importance. A 17 ans, époque du mariage de la jeune fille, la tumeur avait le volume d'une noisette, et présentait des battements très-visibles. La jeune femme, emmenée en Espagne par son mari, consulte, à Barcelone, plusieurs médecins et chirurgiens, qui reconnaissent la nature anévrysmale de la tumeur, et déclarent qu'il ne faut pas y toucher. Conseil déplorable, car il eût suffi, à ce moment, d'une injection de perchlorure de fer pour guérir le mal avec facilité.

Quelques années plus tard, la tumeur avait fait des progrès notables. Il y a quatre ans, elle avait acquis le volume d'une grosse noix. A cette époque, la malade, voyageant en Hesse, son pays, va à Heidelberg consulter le professeur Chélius. Ce chirurgien parle de la nécessité d'une opération, mais, quand il s'agit de la pratiquer, il renvoie la malade de délai en délai, si bien que, lassée d'attendre, la jeune femme revient à Barcelone.

A partir de ce moment, les progrès de la tumeur deviennent de plus en plus rapides; les chirurgiens de Barcelone, consultés de nouveau, ne veulent pas opérer. C'est alors que la malade se décide à venir à Paris, où elle est adressée à M. Broca. Voici dans quel état elle se trouvait au moment où M. Broca la vit pour la première fois. Un moule en plâtre permet d'apprécier le volume de la tumeur et sa disposition générale,

Sommet de l'occipital existe une tumeur pulsatile et réductible, d'un volume considérable. A cette tumeur centrale aboutissent quatre artères artérielles volumineuses, dont la communication directe avec la tumeur est rendue évidente par les résultats de la compression exercée sur chacune des quatre artères avec une lame de plomb. On trouvait donc d'un anévrysme cirsoïde communiquant directement avec quatre vaisseaux. Or, une pareille disposition ne peut provenir que par les effets d'un traumatisme.

Il existe deux espèces d'anévrysme cirsoïde : les uns qui atteignent leur place leur entier développement, les autres qui ont une évolution envahissante et dont la cause est le plus souvent un traumatisme, dans un certain nombre de cas un névus.

Il existe un rapport existe-t-il entre ces diverses causes, et comment des causes si diverses peuvent-elles produire le même effet ? Cette diversité de causes est d'ailleurs plus grande qu'on ne pourrait le croire au premier abord.

Si l'on analyse les cas d'anévrysme cirsoïde, on reconnaît que cette espèce se subdivise en deux groupes secondaires : dans l'un les artères sont le siège du mal ; dans l'autre il y a communication directe entre les artères et les veines.

Il existe trois conditions se présentent dans l'anévrysme cirsoïde : 1° communication directe des artères ; 2° communication des artères avec les veines ; 3° anévrysme.

Le mécanisme de la production des anévrysmes cirsoïdes se comprend d'une façon rationnelle lorsqu'on passe du simple au composé.

Le plus simple est celui dans lequel il y a communication directe entre les artères et les veines à la suite d'un traumatisme. Il se voit là ce qui se manifeste après la formation d'un anévrysme simple. Les artères se dilatent en largeur et en longueur jusqu'au niveau du point de communication avec les veines. La communication établie entre l'artère et la veine diminue naturellement la pression intérieure de l'artère ; les parois de celle-ci se reposent et, par conséquent, comme il arrive de tout organe condamné au repos, elles s'atrophient et s'amincissent. C'est ainsi que s'amincissent les artères vasculaires dans la phlébartérie. Le phénomène est en rapport avec le rôle que joue l'élément musculaire dans la structure du tissu vasculaire ; il est à son minimum dans les grosses artères et à son maximum dans les artérioles. Nous devons nous attendre à ce que le phénomène s'accroisse d'autant plus que les vaisseaux en communication sont plus petits.

Voilà donc un premier groupe : dilatation cirsoïde succédant à la communication établie entre les artères et les veines, et due à la diminution de la pression intérieure des parois artérielles, d'où résultent la perte de leur fonction et, consécutivement, l'atrophie, l'amincissement et la dilatation.

2° Quand l'anévrysme cirsoïde succède à un *nœvus*, le mécanisme est le même. Le *nœvus* n'est pas autre chose que la dilatation du réseau capillaire périphérique. Cette dilatation peut s'observer partout, au cuir chevelu, à la main, etc.

La dilatation du réseau capillaire a pour effet d'établir une communication plus facile entre les artères et les veines; il en résulte une diminution dans la tension vasculaire intérieure : l'artère terminale n'ayant plus à résister à cette tension, sa contractilité n'entre plus en jeu, sa fonction est supprimée; il s'ensuit une altération de texture, une atrophie, un amincissement des parois, d'où résulte une dilatation qui se propage de la périphérie au centre et atteint des artères de moyen calibre, comme celles de la main, de l'avant-bras et même, quoique plus rarement, celles du bras.

Dans ce cas encore, la dilatation cirsoïde dépend d'un trouble dans la circulation des artères terminales qui a réduit à néant la contractilité des parois artérielles.

3° Dans le cas de la malade, aucun des deux mécanismes précédents ne peut être invoqué. L'anévrysme cirsoïde est survenu à la suite d'un coup. La tumeur communique avec quatre artères; cette communication, au début, n'existait peut-être qu'avec deux artères seulement. Voici comment les choses ont dû se passer. Il y a eu division vasculaire sous la peau par suite du coup de pierre. Il s'est formé, à l'endroit frappé, un petit lac; à partir de ce moment les parois artérielles contractiles se sont trouvées dans des conditions anormales. Dans l'état physiologique, le sang doit traverser un cylindre qui va en se rétrécissant et se divisant, et qui, grâce à la contractilité musculaire de ses parois, le distribue suivant les besoins de la nutrition. Si la continuité des vaisseaux est interrompue, les conditions normales de la circulation se trouvent entièrement bouleversées dans la région où cette lésion s'est effectuée. C'est d'abord un trouble tout local. La tension artérielle diminue dans la partie qui en est le siège; il se produit un commencement de dilatation qui gagne de proche en proche, envahit les collatérales, et progresse constamment à mesure que, de proche en proche, se supprime la fonction artérielle dépendant de la contractilité musculaire de ses parois.

Au moment où la malade s'est présentée à l'examen de M. Broca, quatre artères au moins communiquaient avec le lac central.

Les symptômes étaient les suivants : 1° *battements* très-forts sur les artères, moindres, plus mollasses, moins saccadés sur la tumeur elle-même ; on les voyait à l'œil, on les sentait à la main sur divers points, derrière les oreilles, à la nuque, au-dessus de l'arcade zygomatique ; 2° *réductibilité* de la tumeur ; 3° *bruit de souffle intermittent* ; on a vu quelquefois un bruit de souffle continu, saccadé, dans des cas d'anévrysme cirsoïde ; mais M. Broca ne pense pas qu'il puisse jamais exister en l'absence de communication entre artères et veines. Dans le cas dont il s'agit, le bruit de souffle était intermittent, peu rude, accompagné d'un frémissement, *trill* analogue à celui de l'anévrysme artério-veineux, non continu, correspondant à la systole artérielle ; 4° *douleurs* modérées, plus marquées dans la partie centrale, qui était amincie, rougeâtre, violacée, et s'échauffait parfois au point de faire craindre une inflammation et une rupture ; 5° dans la nuit, la malade entendait des battements qui troublaient son sommeil et la fatiguaient beaucoup.

En présence d'un cas de ce genre, M. Broca s'est demandé quel traitement il y avait à faire. Dans les anévrysmes cirsoïdes, le plus ordinairement, il n'existe pas de lac central ; il n'y a que des tortuosités dilatées dans lesquelles on peut provoquer des coagulations locales au moyen d'injections de perchlorure de fer. On peut déterminer ainsi la formation de caillots du volume du petit doigt. Quand ils dépassent ces dimensions, les caillots chimiques ne sont pas sans inconvénients. On a vu, dans de gros anévrysmes ainsi traités, des caillots trop volumineux donner lieu à des accidents formidables d'inflammation et d'hémorrhagie.

Il a paru dangereux à M. Broca d'attaquer directement la tumeur par des injections coagulantes. Faire des injections partielles de manière à provoquer la formation de caillots moins gros que la poche, c'était s'exposer à voir ces caillots mobiles dans la poche, comme le battant d'un grelot, être entraînés par le courant sanguin, fragmentés, et produire les graves accidents de l'embolie.

Il lui a paru qu'il était plus rationnel de chercher à obtenir la coagulation, en diminuant progressivement l'arrivée du sang dans la tumeur. Rejetant l'idée de la ligature des artères dilatées, dont les parois altérées dans leur texture n'auraient pu supporter le fil, il s'est décidé à les oblitérer par le procédé de l'*acupressure*, qui ne soumet les artères qu'à une striction temporaire d'environ vingt-quatre heures.

Dans une première séance, il y a aujourd'hui un mois, M. Broca ayant endormi la malade, lui a pratiqué successivement trois incisions sur le trajet des artères principales dilatées : l'occipitale, l'auriculaire postérieure et la temporale, qu'il a mises à découvert sans les dénuder; puis il a passé, au-dessous de chaque artère, l'aiguille à acupressure de Simpson, et, grâce à une compression de vingt-quatre heures, a réussi à interrompre le cours du sang dans ces vaisseaux.

Voici quelles ont été les suites de ces opérations : les deux plaies temporale et auriculaire se sont réunies par première intention; seule, la plaie occipitale a suppuré. La tumeur s'est affaissée; les battements ont disparu dans une zone de 6 centimètres autour de l'oreille.

Il parut alors à M. Broca qu'il avait, dans cette première partie du traitement, assez diminué les battements, assez affaibli l'énergie du courant sanguin dans la tumeur, pour qu'il fût désormais possible d'y faire naître des caillots chimiques au moyen des injections de perchlorure de fer. Deux injections de perchlorure de fer, l'une de 5 gouttes, l'autre de 3, ont été faites à l'aide de la seringue de Pravaz dans les artères temporale et occipitale, après avoir préalablement emprisonné dans chaque vaisseau une colonne de sang d'une certaine étendue, à l'aide de petits anneaux de plomb qui, l'injection faite, restèrent en place pendant six heures, pour favoriser la production des caillots fibrineux dans la tumeur. Dans le même but, au moyen d'un gros tube à drainage, il a divisé en trois zones successives les diverses parties de la tumeur.

Grâce à ces obstacles successifs, des caillots se sont formés et prolongés dans la poche centrale, qui a été oblitérée dans les deux tiers de son étendue. La coagulation ayant cessé de faire des progrès, les battements étaient revenus en partie, entretenus par ce qui restait de circulation dans la tumeur. M. Broca, dans une dernière séance, a tenté deux nouvelles injections de perchlorure de fer dans les vaisseaux antérieur et postérieur. L'essai d'injection dans le vaisseau postérieur a échoué; M. Broca, n'ayant pu obtenir la certitude que la canule de la seringue Pravaz avait pénétré dans l'artère, n'a pas osé pousser l'injection, qui eût pu se répandre dans le tissu cellulaire sous-cutané. En revanche, la tentative d'injection dans le vaisseau antérieur a parfaitement réussi : M. Broca ayant eu le soin, comme pour les premières injections, d'emprisonner entre deux anneaux de plomb la colonne sanguine coagulée par l'injection et de la maintenir ainsi pendant dix heures, pour la consolidation des

caillots, en même temps que ces mêmes anneaux exerçaient une compression favorable à la suspension du cours du sang dans les parties voisines.

Sous l'influence de cette manœuvre, la coagulation a fait de rapides progrès; la poche centrale est remplie maintenant par des caillots; il n'existe plus de bruit de souffle, et l'artère antérieure est complètement oblitérée. M. Broca espère que la coagulation continuant à faire spontanément des progrès, la guérison sera complète sous peu de jours.

M. Broca place sous les yeux de ses collègues le moule en plâtre de cette tumeur, fait par un artiste distingué, M. Baretta, à la fois modelleur et peintre, dont le musée anatomo-pathologique de l'hôpital Saint-Louis atteste l'habileté. La malade est ensuite introduite dans la salle des séances et examinée par les membres de la Société de chirurgie.

M. HOUEL. M. Broca a cité un fait observé par M. Laugier, comme un exemple d'anévrysme cirsoïde. Il y a une erreur d'interprétation qu'il importe de signaler. La pièce anatomique est déposée au musée Dupuytren, c'est un anévrysme artério-veineux. Ce qui peut expliquer la méprise, c'est que la matière à injection colorée rouge poussée dans les artères a passé également dans les veines. L'artère auriculaire avait été déchirée et rompue, les branches artérielles au-dessus et au-dessous de la plaie n'ont pas subi de changement, mais les veines se sont largement développées. Robert s'est même servi de ce fait pour établir la différence entre l'anévrysme artério-veineux et l'anévrysme cirsoïde. Du vivant du malade, le bruit de souffle était évident au niveau de la communication de l'artère et de la veine.

M. BROCA. M. Houel doit aller un peu loin quand il dit que les artères n'avaient pas subi de modification; elles avaient dû se dilater pour fournir du sang à ces veines si volumineuses.

M. CHASSAIGNAC. M. Broca aurait dû essayer la compression de deux carotides. Il ne nous parle pas des petites plaies qui ont pu exister à l'endroit où le coup a porté, car les petites plaies des artères du crâne sont souvent la cause du développement d'anévrysmes cirsoïdes. Je ne saisis pas non plus très-bien l'utilité d'une incision préalable à l'acupressure. M. Chassaignac n'accepte qu'avec de grandes réserves les injections de perchlorure de fer dans les artères, et désapprouve l'extirpation des tumeurs érectiles.

M. BROCA. L'incision que j'ai faite avant de pratiquer l'acupressure a eu pour but de ne pas m'exposer à agir au hasard. Les morts à la suite d'injections de perchlorure de fer sont dues à des embolies;

aussi ne faut-il agir que lorsqu'on est certain de pouvoir exercer une compression totale et complète. Ce qu'on peut affirmer, c'est qu'il y a péril à s'abstenir et que le traitement ne peut être suivi d'effet qu'à la condition d'être radical ; or il ne peut l'être que par la ligature et par l'oblitération de toutes les bronches dilatées.

M. GUÉNIOT. M. Chassaignac repousse l'extirpation des tumeurs érectiles ; j'ai dû cependant un succès à cette méthode. Il s'agissait d'un garçon boucher âgé de 18 ans, portant une tumeur érectile de la région temporo-pariétale. M. Broca me conseilla l'usage des injections de perchlorure ; mais comme la compression ne pouvait suspendre les battements, je ne crus pas devoir recourir à ce moyen. J'enlevai la tumeur. Pendant cinq ou six minutes, je crus être débordé par l'hémorrhagie ; mais j'en vins à bout après avoir appliqué 20 ligatures au moins. Le malade a parfaitement guéri.

COMMUNICATION

Sur une déformation spéciale du crâne (obliquité par propulsion unilatérale) observée chez certains enfants du premier âge. — M. GUÉNIOT. — La déformation sur laquelle je viens appeler l'attention de la Société, et dont je présente ici plusieurs spécimens, paraît être passée jusqu'à ce jour complètement inaperçue. D'après les faits que j'ai recueillis, elle serait cependant assez commune. Aussi ne puis-je encore m'expliquer comment elle ne se trouve mentionnée dans aucune des publications spéciales que j'ai consultées (1).

Cette déformation affecte les deux moitiés du crâne, mais d'une façon fort inégale, l'une étant toujours incomparablement plus altérée que l'autre. Presque constamment, c'est la moitié droite qui a subi la déformation principale ; par exception, c'est au contraire la moitié gauche. Mais, dans l'un et l'autre cas, le type de la déformation reste exactement le même ; le côté seul a changé, et toute la différence consiste dans une simple transposition. Ce type est d'ail-

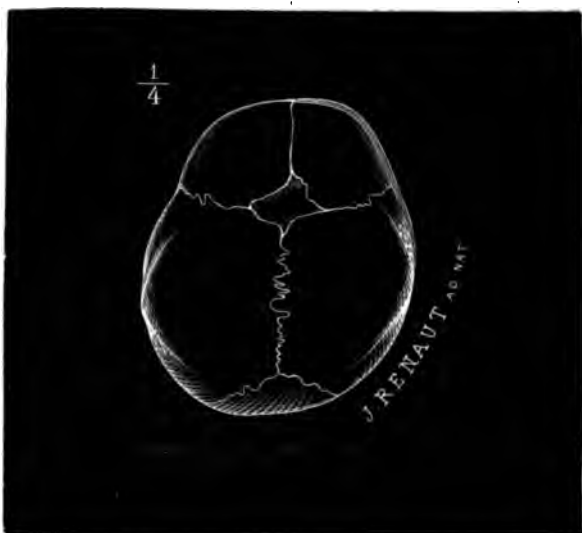
(1) M. Gosse, en particulier, garde sur ce point un silence absolu (*Essai sur les deform. artiv. du crâne*. Paris, 1855, in-8°). Il en est de même des *Bulletins de la Société d'anthropologie*, quoique ceux-ci renferment plusieurs mémoires confinant au sujet (*Sur les déformations plastiques du crâne*, par le docteur J.-B. Davis, etc., etc.). Barkow (*Pathologischen Osteologie*. Breslau, 1864 ; 2^e livraison), et Hermann Welcker (*Unter suchungen über Wachstum und Bau menschlichen Schädels*, vol. I, Leipzig, 1862), ne signalent pas non plus cette espèce particulière de déformation.

leurs tellement uniforme dans ses traits généraux, qu'il suffit d'en avoir vu un spécimen pour reconnaître ensuite, au premier coup d'œil, tous les crânes semblablement altérés.

Afin de rendre la description plus claire, je supposerai que le côté principalement affecté est le côté droit.

Envisagée extérieurement, c'est-à-dire sur un crâne non ouvert, la déformation dont il s'agit est essentiellement caractérisée :

1° Par un aplatissement de la région occipito-pariétale droite et une saillie normale ou exagérée de la région homonyme du côté gauche ;



Crâne d'un enfant de 18 mois, mort d'épuisement avec abcès. Figure réduite au quart. — Obliquité par propulsion unilatérale telle qu'elle se présente quand on regarde de haut en bas. (Ce procédé d'exploration est celui qui met le mieux en évidence l'ensemble de la déformation.)

2° Par la proéminence exagérée du frontal droit et la courbure normale ou faiblement diminuée du frontal gauche ;

3° Enfin, par une convexité légère de la région fronto-pariétale droite et une dépression plus ou moins notable de la même région du côté gauche.

De cet ensemble de particularités, il résulte :

1° Que la face postérieure du crâne, au lieu d'être symétrique,

présente, dans ses deux moitiés latérales, une discordance de forme des plus marquées, et qu'elle regarde, non point directement en arrière, mais obliquement en arrière et à droite ;

2° Que le front, également asymétrique, n'est pas exactement dirigé en avant, mais en avant et à gauche ;

3° Enfin, que la région fronto-pariétale ou latérale antérieure est, du côté droit, tantôt régulièrement convexe, tantôt légèrement aplatie, tandis que du côté gauche elle offre, ou un méplat très-prononcé, ou une dépression sensible qui a pour centre la suture fronto-pariétale.

Le crâne ainsi déformé est donc *oblique* par rapport à la face, et la suture bipariétale croise à angle très-aigu le plan médian du corps. Comme effet curieux de cette obliquité, je signalerai l'asymétrie de cette situation des deux oreilles : la droite occupe un plan sensiblement antérieur à celui de la gauche.

Lorsqu'on examine le crâne par sa forme interne, l'obliquité générale de cet organe n'est pas moins évidente. On constate alors, dans sa cavité, des particularités tout à fait connexes à celles que présente la surface extérieure. Ainsi la fosse occipito-pariétale droite est beaucoup moins excavée que la même fosse du côté gauche, tandis que la fosse frontale droite est au contraire plus profonde que la gauche. Mais cet excès de capacité relative en avant ne compense pas, pour le côté droit, son infériorité de profondeur en arrière ; d'où il résulte que la moitié gauche du crâne est, en définitive, plus spacieuse que la moitié droite.

Pour résumer sous un trait d'ensemble les caractères qui précèdent, qu'on se représente par la pensée la moitié droite du crâne comme ayant subi un mouvement très-sensible en avant pendant que la moitié gauche est restée en place, et l'on aura une idée très-approximative de la déformation générale dont il s'agit. Comme je le dirai bientôt, c'est en effet par ce mécanisme de propulsion et grâce à une pression trop prolongée sur la région occipito-pariétale droite que la déformation est engendrée chez les enfants du premier âge. En désignant celle-ci sous le nom d'*obliquité par propulsion unilatérale*, on peut donc rappeler son caractère le plus essentiel en même temps que le mécanisme suivant lequel elle se produit.

Outre les traits principaux que je viens de signaler, il en est quelques autres moins importants qui méritent néanmoins d'être brièvement indiqués. Ainsi la suture fronto-pariétale droite est généralement plus oblique en bas et en avant que la même suture du côté

gauche. La crête occipitale interne, au lieu d'être médiane, se dévie sensiblement à droite à partir du trou occipital, comme si l'os avait subi dans son ensemble une légère rotation de gauche à droite et d'arrière en avant. De même, la suture bifrontale s'incline du côté gauche (quelquefois du côté droit), à partir de l'apophyse crista-galli. Enfin, parfois la base du crâne participe elle-même à un degré très-notable au mouvement de propulsion que subit la voûte.

Lorsque, il y a dix-huit mois, j'observais pour la première fois, avec M. Demeules, alors interne de mon service, cette curieuse déformation, je crus d'abord qu'elle devait être rapportée à une pression oblique exercée par les cuillers du forceps. Bien que l'enfant fût âgé de 6 mois et que les déformations accidentellement produites pendant le travail de l'accouchement ne présentent pas d'ordinaire ce caractère de permanence, je ne pouvais néanmoins m'expliquer autrement ce genre d'altération. Mais des renseignements précis sur la naissance de l'enfant me prouvèrent bientôt que cette interprétation était inadmissible. Le forceps, en effet, n'est point la cause productrice de l'obliquité crânienne par propulsion unilatérale. Cette cause ne réside pas davantage, soit dans l'attitude particulière du fœtus pendant la grossesse, soit dans son mode de présentation au moment de l'accouchement. J'ai constaté une fois la déformation sur un enfant de 20 jours qui était né en présentation du siège.

La vraie cause de l'obliquité crânienne provient du mode de décubitus imposé à l'enfant, et elle consiste dans la pression prolongée que subit l'une des régions occipitales à l'exclusion de l'autre. C'est, en effet, chez certains enfants systématiquement couchés par la mère ou la nourrice sur le côté droit et postérieur du corps que l'on observe la déformation dont il s'agit. La région occipito-pariétale droite supporte ainsi habituellement le poids de la tête, et de là résultent, sur un crâne non encore complètement ossifié, l'aplatissement postéro-latéral, le refoulement en avant du frontal, l'obliquité exagérée de la suture fronto-pariétale, etc.: en un mot, la propulsion plus ou moins prononcée de toute la moitié droite du crâne et l'obliquité générale qui en est la conséquence. Sur les cadavres de jeunes enfants, il est très-facile, au moyen d'une simple pression, de déterminer artificiellement ce genre de déformation.

Semblable obliquité se produit, mais en sens inverse, lorsque le décubitus habituel a lieu sur le côté gauche et postérieur. C'est alors la moitié gauche du crâne qui est aplatie en arrière, et dans

son ensemble poussée en avant. Ce résultat peut même s'observer quelquefois dans les cas de décubitus indifférent, c'est-à-dire lorsque l'enfant est placé tantôt sur le côté droit, tantôt sur le côté gauche, ou bien sur le dos. Ces derniers faits, en apparence contraires à la règle commune, ne font en réalité que la confirmer. Comme on va le voir, c'est en effet toujours la même cause qui agit, et d'après le même mécanisme.

Deux fois seulement, sur une vingtaine de cas, j'ai vu l'obliquité par propulsion unilatérale affecter la moitié gauche du crâne. Dans ces deux cas, que j'étudiai avec soin, j'appris des mères qu'elles avaient l'habitude, l'une de coucher son enfant sur le dos, et l'autre de placer le sien alternativement sur les deux côtés du corps. Celle-ci me dit même qu'elle n'avait ainsi procédé qu'avec réflexion, afin d'éviter, selon une croyance populaire des Ardennes, que son enfant ne devint joufflu d'un côté. Mais en m'enquérant de la situation des berceaux par rapport à la fenêtre de la chambre, je reconnus bientôt qu'ils se trouvaient dans une orientation correspondant au côté de la déformation crânienne. En d'autres termes, dans les deux cas, le berceau était disposé parallèlement au plan de la fenêtre, et de telle sorte que la tête de l'enfant appuyait sur la région occipitale pariétale gauche, lorsque le visage était tourné vers la lumière. Or, pour qui sait combien le jeune enfant recherche la lumière avec complaisance, et comment il sait mouvoir la tête en conséquence, si de tels mouvements sont nécessaires, il sera facile de comprendre que ces deux faits, en apparence contradictoires, rentrent en réalité dans la loi commune et peuvent s'expliquer de la même manière que les autres.

Pour que l'obliquité par propulsion unilatérale se produise, il est, bien entendu, nécessaire que les os conservent entre eux une certaine mobilité. Aussi ne voit-on naître cette espèce de déformation que dans le cours de la première enfance. Cependant, on conçoit qu'un retard dans l'ossification des sutures et des fontanelles la rendrait possible à une période plus avancée ; et c'est ainsi que les enfants hydrocéphales s'y trouvent particulièrement exposés.

Que devient la déformation une fois produite ? Jusqu'à ces derniers jours, j'avais pensé qu'elle était extrêmement rare chez les adultes, et dès lors qu'elle devait, dans la plupart des cas, disparaître avec les progrès de l'âge et de l'ossification crânienne. Mais des recherches récentes me portent à modifier cette manière de voir. En effet, d'après plusieurs exemples de déformation typique que je viens d'observer sur des enfants 9 ans, 10 ans, 11 ans et 13 ans,

ainsi que sur un jeune confrère de 25 ans, la différence de fréquence existant aux divers âges serait moins prononcée que je ne l'avais supposé primitivement. D'autre part, il n'est pas impossible que cette différence soit due en partie à la mortalité progressive des individus. Quant à la disparition, dans un certain nombre de cas, de l'obliquité crânienne après la première enfance, elle s'explique aisément par l'influence d'un décubitus habituel sur le côté opposé à celui de la déformation. Ce changement dans le décubitus peut, d'ailleurs, être provoqué par diverses causes, et il s'opère surtout à l'époque où l'enfant commence à jouir de la liberté de ses mouvements.

Si l'obliquité par propulsion unilatérale du crâne n'est point rare, ses conséquences heureusement ne paraissent pas être dangereuses. A part la difformité plus ou moins apparente qu'elle détermine, et qui peut être, en grande partie, dissimulée par les cheveux ; à part aussi l'inégalité de volume et de poids qui doit exister, au préjudice du côté propulsé, entre les deux moitiés de l'encéphale, je ne connais pas d'inconvénient sérieux attaché à cette conformation vicieuse. Dans un seul cas j'ai vu celle-ci être accompagnée de convulsions et d'idiotie chez un enfant de 6 mois. Plusieurs fois aussi elle coexistait avec de l'hydrocéphalie. Mais ici, bien évidemment, l'hydrocéphalie était une cause plutôt que l'effet de la déformation.

Au reste, pour prévenir le développement de l'obliquité crânienne, il suffira d'appliquer à l'hygiène des jeunes enfants les trois préceptes suivants, déjà recommandables à d'autres points de vue :

1° Au lieu du décubitus exclusif sur le côté droit, préférer le décubitus indifférent ;

2° Disposer le berceau de façon que les yeux de l'enfant reçoivent une égale quantité de lumière ;

3° Enfin et surtout, tenir pendant une bonne partie du jour l'enfant dans les bras, et diminuer ainsi notablement ses heures de berceau.

Dans le but de combattre la déformation une fois acquise, j'ai recommandé, pour des enfants dont le crâne n'avait pas perdu toute flexibilité, un décubitus latéro-dorsal exclusif du côté non propulsé, et les résultats de cette pratique m'ont paru être satisfaisants. Mais lorsque, par l'oblitération des sutures et des fontanelles, le crâne se trouve complètement fermé, la difformité est évidemment irrémédiable, et elle persiste pendant toute la vie.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire annuel: Léon LE FORT.

SÉANCE DU 6 OCTOBRE 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Tous les exemplaires parus depuis le 10 août des journaux suivants : *Gazette des Hôpitaux*. — *Union médicale*. — *Gazette hebdomadaire*. — *Bulletin de thérapeutique*. — *Art dentaire*. — *Journal de médecine et de chirurgie pratique*. — *Le Montpellier médical*. — *Le Sud médical*. — *Le Marseille médical*. — *La Gazette médicale de Strasbourg*. — *Le Journal de médecine de l'Ouest*.

— *Le Bulletin médical du nord de la France*. — *Le Bulletin de la Société de médecine pratique de Paris*. — *Le Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, t. III, n^{os} 6 et 7.

— *Études spectroscopiques sur le sang*, par le docteur René Benoit.

— M. Larrey dépose sur le bureau : *Le Mexique, au point de vue médico-chirurgical*, t. III, par M. le docteur Léon Coindet.

— *L'armée anglaise à l'intérieur et dans les possessions britanniques*, par le docteur Ély. — Une Photographie d'une fresque de Pompéi représentant Enée blessé, envoyée par M. Scoutteten.

— M. le docteur Bourdillat, ancien interne des hôpitaux, adresse, pour le prix Duval, deux exemplaires de sa thèse intitulée : *Calculs de l'urètre et des régions circonvoisines*.

— *The Mechanism of dislocation and fracture of the hip*, by Henry Bigelow. 150 pages avec planches. — Philadelphie, 1869.

— *On external perineal urethrotomy*, by J. W. S. Gouley. — Broch. New York, 1869.

— *Report on excision of the head of the femur for gunshot injury*, by George A. Otis. — In-4° avec planches. Washington, 1869.

— *Collection de mémoires de chirurgie et d'obstétrique*, de Francesco Rizzoli (de Bologne). — 2 vol. in-8° (en italien).

Statistique des opérations.

Après une courte discussion, à laquelle prennent part MM. Verneuil, Trélat, Blot, Liégeois et Le Fort, la Société décide que les

statistiques partielles, adressées par les divers chirurgiens français, figureront au procès-verbal au fur et à mesure de leur réception, mais que les chiffres seuls des opérations et la nature du résultat seront indiqués. La commission spéciale, dans un travail d'ensemble, analysera en détail ces communications, pour en faire ressortir tous les enseignements qu'elles renferment. Il serait à désirer que tous les envois pussent être faits avant le 1^{er} mars 1870.

M. le docteur Luzarey, à Mezin (Lot-et-Garonne).

Pratique civile 1853-1869.

	Nombre	guéris	morts.
Amputation de bras.....	2	2	»
Hernie inguinale étranglée.....	4	3	1
Extirpation d'une tumeur cancéreuse de la région sous-maxillaire.....	2	2	»
Amputation de sein.....	2	2	»
Plaie abdominale, intégrité du péri- toine, suture.....	1	1	»

Dans aucun cas, le chloroforme n'a été employé. M. Luzarey a toujours eu recours à la réunion immédiate. Un cas d'amputation du bras a été complètement guéri en quatre jours sans suppuration.

M. le docteur Couranjon, de Nevers. 1861-1869.

	Nombre	guéris	morts.
Lipôme du tronc (incision et écrase- ment linéaire).....	1	1	»
Amputation de la verge (écraseur)....	1	1 (ap. 3 mois)	
Ablation de cancers de la lèvre infé- rieure.	3	3	»
Amputation du bras (traumatisme, — 2 ^e jour).....	1	1	»
Amputation de la jambe (<i>Secondaire</i> <i>traumat</i>).....	1	1	»
Hernie inguinale étranglée.....	1	1	»
Castration.	1	1	»

La note adressée par M. Couranjon analyse les faits les plus intéressants de sa pratique; mais bon nombre ne peuvent prendre place dans ce résumé, puisqu'il ne s'agit pas d'opérations pratiquées. Les

cas de plaies de la main et des doigts par des scies circulaires sont assez nombreux; tous traités par la conservation, ils ont été suivis de guérison.

M. Desgranges (de Lyon), adresse à la Société l'observation suivante :

Anévrysme poplité droit : compression digitale, indirecte, totale, intermittente; compression mécanique, flexion forcée du membre, réfrigération employées simultanément; guérison en treize jours. — § 1^{er}. Les guérisons d'anévrysmes poplités, sans le secours de la méthode d'Anel, quoique déjà nombreuses, n'ont point encore tracé la meilleure voie à suivre ni fixé définitivement le choix des procédés. On voit les chirurgiens adopter tantôt la compression digitale ou mécanique, tantôt la flexion du membre, guidés par leurs sympathies ou par des considérations accessoires; ou bien passer d'un mode à l'autre, lorsque les inconvénients semés sur une route les forcent à marcher dans une autre.

N'est-il pas plus rationnel, au contraire, d'employer simultanément, dès le début, plusieurs des méthodes non sanglantes qui ont fait leurs preuves et procuré de beaux et solides succès, dans des cas bien définis?

L'observation suivante me paraît digne d'attention précisément parce qu'elle montre comment, dès les premiers jours, on peut utiliser la compression digitale, la compression mécanique, la flexion du membre et la réfrigération.

L'anévrysme dont il s'agit ne saurait être mis en doute, les caractères en étaient évidents.

Tumeur située dans le triangle supérieur du creux poplité droit, grosse comme un œuf de poule, compressible, bien délimitée, fusiforme suivant l'axe de l'artère, et fortement pulsatile avec expansion dans tous les sens. Souffle bruyant, isochrone au pouls; silence pendant la diastole cardiaque. Suppression des battements et diminution de la rénitence par la compression de l'artère fémorale; phénomènes inverses quand la compression cesse; battements plus énergiques, tension plus grande de la poche si l'on comprime la poplité au-dessous de la tumeur. Peau saine. Tuméfaction de la jambe; pas de varices apparentes.

Le malade est un excellent confrère de Lyon, M. le docteur Jacques Bonnet, âgé de 53 ans, autour duquel se sont groupés ses nombreux amis, désireux de concourir au traitement, et qui, tous, au premier coup d'œil, ont reconnu l'anévrysme.

Je laisse au patient le soin d'écrire lui-même son histoire et de

nous montrer comment s'est faite l'association des trois méthodes ; mieux que personne il saura dire les péripéties du traitement et reproduire les incidents qui en ont marqué les phases diverses.

Le 28 avril 1869, étant assis, j'éprouve dans le membre inférieur droit des battements insolites qui me soulèvent fortement le pied et la jambe. Je constate alors l'existence d'une tumeur anévrysmale à la partie supérieure du creux poplité ; la tumeur portait sur le bord coupant de la chaise. Je ne puis indiquer l'époque à laquelle remonte l'origine de la maladie. Causes inconnues.

Le 29 avril, je me sou mets à l'examen de M. Desgranges, et le prie de vouloir bien diriger mon traitement, que l'on commence le 1^{er} mai 1869.

1^{er} mai. — Deux séances de compression digitale de 3 heures chacune, sur la fémorale, au niveau du pubis. Flexion forcée de la jambe maintenue par une bande fixée au-dessus des malléolles et à la partie moyenne de la cuisse. — La compression exercée sur les parties est assez douloureuse dès le début. La violence des battements artériels exige des efforts qui ne permettent pas à la même personne de comprimer plus de 6 à 8 minutes ; on ne peut plus prolonger la compression qu'en se faisant aider par d'autres mains. Les douleurs déterminées par la compression sont presque toutes locales. Sensation très-supportable d'engourdissement dans le membre. Quelques douleurs crampôides, peu intenses, se font sentir dès la première séance et se continuent dans les séances suivantes ; mais elles n'existent que par intervalles. — Je supporte très-bien la flexion pendant la journée, mais, pendant la nuit, la pression de la bande sur la cuisse est si pénible, que je ne puis m'endormir. A 4 heures du matin, je remplace le bandage par un étrier dans lequel je passe le pied et qui est retenu par une bande sur l'épaule, du côté opposé. Le soulagement que j'éprouve me permet de prendre quelques heures de repos. Ce bandage n'exerce aucune pression et ne maintient le membre dans la flexion qu'en limitant les mouvements involontaires qui pourraient se produire.

2. — Deux séances de compression digitale, indirecte, totale, de 3 heures, comme hier. La peau rougit et devient plus douloureuse au siège de la compression. L'œdème augmente ; le genou est douloureux au toucher, principalement sur le bord externe de la rotule, point sur lequel existe un peu de rougeur à la peau. — Les battements de la tumeur paraissent moins forts après cette deuxième journée.

3. — A partir de ce jour, une séance de compression digitale de

deux heures, au niveau du pubis, est faite le matin, et les deux autres de trois heures sont continuées.

Application de la glace sur le côté interne du genou pendant toute la journée; elle est suspendue la nuit.

Compression mécanique de trois quarts d'heure pendant la nuit. Cette compression est exercée à l'aide d'un appareil improvisé, composé de deux planchettes réunies par deux tiges à vis, qui permettent de les rapprocher à volonté; l'une est placée sous le siège, et l'autre en avant du pli de l'aîne. Une pelote surmontée d'un mandrin étant appliquée sur le point à comprimer, il suffisait de serrer les écrous des vis pour presser sur la pelote et arrêter les battements de l'artère. La peau du pli de l'aîne est plus enflammée que les jours précédents; elle est excoriée sur un point. Les poils sont coupés avec des ciseaux, et la compression digitale est exercée par l'intermédiaire d'une feuille de caoutchouc, qui ménage un peu la sensibilité; les douleurs cependant sont encore très-vives, surtout lorsque l'application des doigts commence, et chaque fois aussi qu'elle baisse.

4. — La compression sur le pubis ne peut être supportée, à cause d'excoriations très-douloreuses; elle est essayée dans le triangle de Scarpa, où elle est beaucoup moins pénible et se fait assez facilement. La glace est continuée, mais pendant le jour seulement.

5. — Les battements de la tumeur sont évidemment moins énergiques; elle est plus consistante, plus globuleuse. Pour éviter l'inflammation de la peau, on exerce la compression manuelle avec l'intermédiaire d'une pelote de caoutchouc.

6 et 7. — Les battements n'ont pas diminué d'intensité pendant ces deux jours; par moments, ils paraissent redevenir plus forts. On reprend la compression digitale immédiate; seulement, dans l'intervalle des séances, j'exerce la compression mécanique à l'aide d'un nouvel appareil; l'autre ne pouvant fonctionner efficacement que sur le pubis. (Voir la description de l'appareil après l'observation.)

Je comprime ainsi deux à trois heures, pendant la durée du jour et de la nuit, par des applications de demi-heure à trois quarts d'heure consécutives. Cette compression n'est douloureuse que lorsqu'elle est prolongée plus longtemps sans interruption.

8. — Même état. Sur l'avis de M. Pétrequin, la même médication est continuée avec addition de perchlorure de fer, et le manganeèse à l'intérieur, et application de glace sur le siège même de l'anévrysme. L'œdème de la jambe et du pied est plus considérable

que les jours précédents. Une bande roulée est appliquée depuis les orteils jusqu'au creux poplité.

9 à 12. — L'application de la place se fait à l'aide de deux boucilles plates, remplies d'eau frappée; l'une est placée sous le creux poplité; l'autre sur le côté interne du genou. Le perchlorure de fer et de manganèse est pris à la dose de 20 gouttes le premier jour; mais la sécheresse de la bouche et la perte d'appétit, déterminées par cette première dose, m'obligent à la réduire à 6 ou 8 gouttes les jours suivants. Pendant ces quatre jours, l'état de la tumeur a peu changé. Les battements varient plusieurs fois d'intensité; ils paraissent moins forts, lorsque je suis à demi étendu sur un canapé que lorsque je suis couché dans mon lit. Je me place sur mon canapé environ une heure par jour.

La compression digitale et mécanique est exercée toujours de la même manière et pendant le même nombre d'heures, mais sur des points différents du triangle Scarpa, pour éviter l'inflammation de la peau, qui devient rouge et douloureuse quand elle subit toute une journée la pression dans le même endroit.

Malaxation de la tumeur, le 11 et le 12. — Depuis la diminution de la dose de perchlorure de fer, l'appétit est devenu meilleur. Les nuits sont assez bonnes.

13. — Le matin, au réveil, les pulsations de la tumeur sont moins fortes. Au-dessus de la tumeur, l'artère forme un cordon induré et douloureux jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, lequel est encore le siège de battements très-sensibles.

Dans les séances du matin et de midi, la compression digitale s'exerce plus facilement que les jours précédents et plus longtemps que de coutume par chaque opérateur. La tumeur devient plus globuleuse, plus dure dans le milieu de la journée. De quatre à six heures du soir, j'exerce la compression avec mon appareil sans interruption. A la séance du soir, la compression digitale est très-facile; elle peut être soutenue très-exactement, pendant 35 minutes, par la même main. Pendant cette séance, la dureté de la tumeur devient extrême. L'application de la glace, qui était ordinairement bien supportée, devient tout à coup excessivement pénible. — A neuf heures et demie, on a de la peine à sentir l'artère au lieu ordinaire de la compression; on cesse momentanément de comprimer, et je constate que les battements de la tumeur sont complètement arrêtés. Ce résultat a été obtenu à la centième heure de compression digitale.

La compression mécanique est faite pendant une heure encore

après la séance de compression digitale. Pendant la nuit, je demeure dans l'immobilité la plus absolue; insomnie.

14 et 15. — Les battements de la tumeur n'ont pas reparu. Celle-ci est toujours globuleuse et très-dure. Le trajet de l'artère, depuis la tumeur jusqu'au lieu de la compression, est induré, très-douloureux au toucher; on n'y sent aucune pulsation; mais on perçoit les battements d'artères collatérales développées sur le côté interne de la tumeur et à la partie inférieure de la cuisse.

La compression digitale et la compression mécanique sont exercées comme précédemment; mais elles déterminent une agitation nerveuse qui les rendent bien plus pénibles à supporter.

La glace est supprimée. L'œdème de la jambe et du pied a beaucoup diminué; le bandage roulé est réappliqué.

Le 15 seulement, j'ai recommencé à me lever pour me placer sur un canapé. Nuits presque sans sommeil.

16. — Dernière séance de compression digitale pendant deux heures, mieux supportée que la veille. Même état de la tumeur et de l'artère. Lever deux fois sur un canapé, pendant une heure chaque fois. L'œdème du membre a encore diminué; le bandage est enlevé.

J'éprouve de violents battements dans tout le système artériel; administration de la teinture de digitale à l'intérieur: 12 gouttes par jour.

Je commence à étendre graduellement la jambe qui, jusqu'alors, avait été maintenue dans un état de flexion forcée, à angle aigu.

17-22. — Continuation de la digitale à l'intérieur. L'état général s'améliore chaque jour. J'étends la jambe graduellement de plus en plus, et j'arrive, le 22, à un allongement presque complet.

L'artère indurée devient de moins en moins sensible au toucher. La tumeur anévrysmale, qui n'a été que très-peu douloureuse, ne l'est plus du tout; le volume en est de plus en plus réduit. Il n'y a plus d'œdème au mollet, ni autour des malléoles.

J'éprouve dans le milieu de la cuisse la sensation d'une constriction douloureuse, lorsque je me lève pour m'étendre sur le canapé. — Le 22, je reste presque toute la journée hors du lit.

23-29. — Je marche avec des béquilles. Les premiers jours, la douleur et l'extension incomplète de la jambe ne me permettent pas de poser le pied par terre, j'y parviens graduellement, et le 29, je puis faire quelques pas sans béquilles. La douleur que je ressens est toujours causée par une constriction profonde, qui se produit dans la cuisse lorsque je suis debout, et qui persiste même dans la position couchée ou assise, quand j'ai marché plusieurs minutes.

30. — Je remplace les béquilles par une canne. La douleur en marchant a beaucoup diminué; je n'éprouve plus alors qu'une gêne dans le jarret, qui ne peut s'étendre complètement.

L'artère est toujours indurée, mais elle est moins saillante et n'est presque plus douloureuse au toucher.

Etat général excellent. La digitale est supprimée.

3 juin. — Première sortie. Promenade de demi-heure avec une canne. Peu de fatigue. Le soir, mollet plus dur.

4-5. — Deux petites promenades chaque jour, avec bandage roulé à la jambe. Le membre prend plus de force.

6. — Je vais à la campagne, où je reste dix-sept jours. Exercice modéré et progressif pendant ce séjour. L'œdème du pied et de la jambe augmente depuis que je marche davantage.

Le 12, j'applique une chaussette de peau, et depuis ce moment, le membre a plus de force; le volume en est presque normal.

Je n'éprouve plus aucune douleur en marchant, mais seulement de la lassitude et de la faiblesse dans le membre après une demi-heure d'exercice. Je boite à peine et ne porte une canne que par prudence.

22. — Retour à la ville.

23. — Je sors deux heures le matin et autant le soir, sans éprouver d'autre sensation qu'un peu de lassitude dans la jambe.

La tumeur anévrysmale n'a plus guère que la moitié du volume qu'elle avait lorsqu'elle a cessé de battre; je ne sens plus de douleur sur le trajet de l'artère dont l'induration persiste, mais est beaucoup moins saillante.

Aujourd'hui, 25 septembre, plus de quatre mois après la guérison, il n'existe aucune trace de la tumeur anévrysmale; les battements de la fémorale ne sont perceptibles qu'au niveau du pubis et dans une étendue de 2 centimètres au-dessous de ce point; le cordon saillant, qui a longtemps masqué le trajet de l'artère, a complètement disparu. Le membre est revenu à son volume normal, et ses fonctions sont entièrement rétablies; le bas élastique, par lequel j'avais remplacé la chaussette des premiers jours, m'est devenu tout à fait inutile depuis trois semaines.

J'ai repris toute ma vie active d'autrefois; j'ai pu faire à pied, sans fatigue, des promenades assez longues à la campagne, des excursions de plusieurs heures dans les chemins les plus accidentés.

Ma guérison, en un mot, ne laisse rien à désirer.

Il ne me reste de ma maladie que le souvenir d'une dure épreuve heureusement traversée, et, avec ce souvenir ineffaçable,

un sentiment d'éternelle reconnaissance pour l'éminent chirurgien qui a dirigé mon traitement avec son habileté et sa prudence habituelles, pour mes excellents amis, pour les nombreux confrères et internes des hôpitaux, qui tous ont pris une part importante à la peine et au succès.

§ 3. — *Description de l'appareil de M. le docteur Jacques Bonnet pour exercer la compression mécanique de l'artère fémorale.* Je savais qu'un malade de l'Hôtel-Dieu, affecté d'un anévrysme poplité, était parvenu à se comprimer l'artère fémorale avec une pelote surmontée d'un manche à balai, à l'extrémité duquel il avait suspendu un poids suffisamment lourd; et que, par ce moyen, il avait contribué beaucoup au succès de la compression digitale, pratiquée six heures par jour.

Partant de cette idée, et après plusieurs perfectionnements successifs, nous arrivâmes, mon ami le docteur Garin et moi, à construire l'appareil suivant, qui me paraît remplir, de la façon la plus simple et la moins douloureuse, toutes les indications de la compression mécanique.

Cet appareil se compose d'un bâton gros comme 4 doigts et long de 45 centimètres; il est armé, à l'une de ses extrémités, d'une pelote de coton recouverte d'un manchon de caoutchouc; à l'autre, il est percé d'un trou transversal dans lequel passe à glissement une corde longue de 40 centimètres. Cette corde est interrompue, de chaque côté, par un anneau de caoutchouc, et porte à chaque bout un crochet de fil de fer. — A droite et à gauche du lit, est attachée une autre corde terminée par une boucle.

Pour poser l'appareil, il faut passer les crochets dans les boucles des cordes latérales du lit, coucher le bâton sur le ventre, la pelote étant placée au niveau du point à comprimer; puis, sur ce point, comme base, relever le bâton à la manière d'un mât, jusqu'à ce que la corde transversale soit suffisamment tendue sans amener le bâton jusqu'à la perpendiculaire. Dans cette situation, il est fixé, par son extrémité supérieure, à la faveur d'un lacs attaché au pied du lit.

Le point difficile est de donner à la corde transversale une longueur qui permette de faire une compression convenable, tout en laissant le bâton légèrement incliné; mais après quelques tâtonnements, on y arrive toujours.

§ 4. — *Résumé.* Le traitement est commencé le 1^{er} mai 1869; le 13 au soir, les battements sont suspendus dans la tumeur, dont la consistance augmente, ainsi que dans l'artère fémorale, qui se trans-

forme en un cordon cylindroïde, depuis le sac jusqu'au sommet du triangle de Scarpa.

Nous avons en chiffre rond treize jours de traitement, cent heures de compression digitale, indirecte, complète, intermittente, et trente heures environ de compression mécanique. Deux séances de compression digitale par jour, de trois heures chacune pendant les deux premiers jours; trois séances les jours suivants: une de deux heures et deux de trois heures. Entre les séances de compression digitale, deux à trois heures de compression mécanique, en plusieurs fois.

La compression digitale et mécanique est faite sur l'artère fémorale, d'abord au niveau du pubis, puis sur divers points du triangle de Scarpa, afin d'atténuer la douleur et de prévenir l'ulcération de la peau.

Flexion forcée du membre, à angle aigu, du commencement à la fin, sans interruption.

Application de glace pendant le jour; suspension de ce moyen pendant la nuit.

Coagulation en une journée.

Quelques douleurs sur le trajet de l'artère.

Continuation de la compression, trois jours encore après la coagulation.

Allongement graduel du membre.

Le 23 mai, marche avec des béquilles; le 30, marche avec une canne; le 3 juin, promenade de demi-heure avec l'appui d'une canne seulement.

Diminution progressive de la tumeur poplitée.

Aujourd'hui (25 septembre 1869), plus de traces de la maladie première; aucun trouble fonctionnel; vie active comme par le passé; guérison radicale.

M. Desgranges fait suivre cette observation des réflexions suivantes :

Le succès me paraît dû bien évidemment à la combinaison des moyens employés du premier au dernier jour, savoir : *la compression, la flexion, la réfrigération.*

Les styptiques, à l'intérieur, ont été pris trop peu de temps pour avoir exercé une influence appréciable. La malaxation, pratiquée le onzième et le douzième jour, par des manœuvres légères et très-modérées, n'a dû modifier en rien le contenu du sac; d'ailleurs, à ce moment, l'anévrysme était si mou, si dépressible; j'y trouvais si peu la consistance de dépôts fibrineux, que je fis, sans y songer, cette

réflexion désolante pour le malade : nous ne sommes pas riches en caillots.

Je reste convaincu que la coagulation s'est effectuée tout entière dans la journée du 13 mai, et que l'anévrysme a été rempli, en quelques heures, d'une masse fibrino-globulaire.

A. Le premier enseignement qui découle de cette observation est donc que les caillots appelés *passifs* sont susceptibles d'une organisation durable, définitive; qu'ils peuvent, de plus, se résorber au point de ne laisser aucune trace de leur existence quelques mois après leur formation.

Si ingénieuse que soit la théorie de M. Broca sur les dangers des caillots passifs et la valeur curative des caillots actifs, elle ne peut résister aux faits; elle ne saurait nous expliquer comment, en une seule journée, une masse considérable de fibrine se serait stratifiée dans la poche, ni d'où serait venue toute la quantité de cet élément nécessaire à la formation du coagulum. Au reste, si les idées de Bellingham, ravivées par M. Broca, ont prêté le flanc à la critique, et ont senti les coups de la vigoureuse argumentation de MM. Richet et Léon Le Fort, dans leurs savantes monographies (*Anévrysme, Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques et Encyclopédie des sciences médicales*), le *Traité des anévrysmes* du professeur de Paris est assez riche de fond, assez brillant de forme, pour n'avoir rien perdu de sa valeur. Il demeure comme la source inépuisable, d'où l'on peut tirer tous les documents relatifs à cet ordre de maladies; comme un monument de justice historique où chacun reprend la propriété de ses œuvres; comme un modèle de chaleur et de style quand il s'agit de défendre une bonne cause.

La cure définitive a été favorisée aussi par un léger degré d'inflammation développée dans le sac et dans l'artère. En effet, pendant plusieurs jours, notre confrère a éprouvé quelques douleurs vagues, un sentiment de constriction profonde; le simple contact développait une sensation plutôt désagréable qu'indifférente; et toute pression un peu forte sur la fémorale causait de la douleur.

La sub-inflammation, en provoquant des exsudations plastiques autour du caillot, en a favorisé l'organisation définitive; phénomène comparable dans une certaine mesure, à la cicatrisation des plaies par première intention. Quelle est l'origine de cette inflammation? Je la vois dans l'emploi prolongé de pressions agissant sur le sac et sur l'artère; pressions combinées avec l'action intermittente de la glace. L'heureuse chance, dans le cas actuel, a été de rester dans de bonnes limites. Trop forte, l'inflammation provoque des accidents;

trop faible ou nulle, elle laisse aux caillots leur solubilité dans le sang.

En somme, il ressort du fait précédent qu'un caillot fibrino-globulaire, pris par une légère inflammation, peut oblitérer un anévrysme, et, plus tard, disparaître complètement.

B. Le second point que je désire mettre en évidence, est l'avantage inhérent à l'emploi de plusieurs méthodes combinées; manière de faire qui n'est point encore usuelle dans la pratique chirurgicale. M. Broca n'en dit rien dans son *Traité des anévrysmes*; M. Le Fort garde le même silence; à peine M. Richet rappelle-t-il, en passant, l'observation de Pemberton. (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. II, p. 339.)

Il nous faut arriver à l'excellente thèse de M. Stopin (*Traitement de l'anévrysme poplité par la flexion de la jambe sur la cuisse*. Paris, 1869, p. 39) pour trouver l'histoire de douze anévrysmes, traités concurremment par la flexion et par d'autres procédés.

Flexion du genou et compression directe sur l'anévrysme. (Verneuil, Shaw.)

Flexion du genou et compression sur l'artère fémorale. (Hutchinson, Pritchard, Hamilton, Sinclair Laing, Wyatt, Erichsen, Pemberton, Sydney Jones.)

Flexion, compression indirecte et glace. (Leith Adams, Lockwood.)

L'auteur, passant ensuite en revue ces diverses observations, établit que, dans quatre cas, la compression n'a été que de quatre heures, alors que la flexion a été continuée pendant huit ou dix jours; que dans quatre autres la compression digitale a été abandonnée pour la flexion, la première étant intolérable; que la compression directe faite par Shaw, à l'aide d'une bille placée dans le creux poplité, laisse des doutes sur la réalité de son action; que M. Verneuil ne conseille guère le coussin qu'il place entre la cuisse et la jambe; que pour les autres malades, la flexion seule aurait pu donner la guérison.

Les conclusions de M. Stopin sont donc toutes en faveur de la flexion: conséquence logique des efforts qu'il fait, dans la discussion, pour établir le rôle capital de cette méthode dans les traitements complexes suivis de guérison.

La flexion, dit-il, en même temps que la compression, a été employée pour guérir les anévrysmes; la plus grande part du succès revient à la méthode de flexion.

Cependant, la compression directe, dans un cas (Verneuil), rendit l'anévrysme tout à fait silencieux; on n'y parvenait pas par la flexion

seule. Il semble que, dans ce cas très-remarquable, la méthode de flexion était la seule qui pût réussir.

Dans les autres cas où on employa la compression, ce fut la compression indirecte : tourniquets, clamps, doigts, etc. Il ne ressort pas des observations que la flexion n'eût pu être continuée seule, et n'eût assuré la guérison aussi vite qu'avec l'aide des moyens énoncés. (Stopin, *loc. cit.*, p. 61.)

L'auteur ne me semble pas bien clair dans sa deuxième conclusion; dans tous les cas, il n'approuve point les chirurgiens qui, contrairement à la pratique de Hart, ont combiné les méthodes, conduits probablement par les raisons que voici : la compression guérit les anévrysmes; la flexion, depuis quelques années, les guérit également; en comprimant et en fléchissant, nous aurons deux chances pour une de succès. « C'est en raisonnant, dit M. Stopin, où la science perd son compte. » (*Loc. cit.*, p. 58.)

Tant pis pour la science si la pratique y gagne. Je n'admets point que la science pure soit une divinité devant laquelle doivent s'incliner les exigences de la pratique et les intérêts du malade.

En résumé, la thèse de M. Stopin, dont je ne saurais trop faire l'éloge, loin de conseiller l'usage combiné de diverses méthodes, laisse voir des préférences marquées en faveur de la flexion employée isolément.

Trouve-t-on dans les faits épars cette alliance que je préconise? Pas davantage, si j'en juge par les observations venues à ma connaissance.

MM. Legouest et Servier appliquent à un anévrysme fémoro-poplité à peu près tous les moyens connus. Ils débutent par la flexion; recourent ensuite à la flexion intermittente du membre, associent en troisième lieu la flexion à la compression; puis finissent par la flexion, la compression à distance et la compression directe. En tout, sept procédés mis en œuvre, seuls ou combinés de diverses manières. La guérison a été ainsi obtenue; mais il est impossible de tirer des longueurs de l'observation une règle susceptible de généralisation. (*Gazette des Hôpitaux*, 1869, p. 183.)

M. Richet soumet à la compression et à la flexion du membre, successivement appliquées, un anévrysme poplité. Insuccès de ces méthodes. Ligature de la fémorale. Mort. (*Gazette des Hôpitaux*, 1869, p. 345, 369 et 419.)

M. Trélat guérit un anévrysme poplité par l'usage successif de la compression mécanique, de la flexion forcée et de la compression digitale. Le traitement complet compte quinze jours de compression

mécanique, quinze jours de flexion forcée du genou, et deux séances de compression digitale, à six jours de distance : la première de quatorze heures, la seconde de quatre heures seulement. Le chirurgien voulait ainsi faire une étude comparative des diverses méthodes. (*Gazette des Hôpitaux*, 1869, p. 407.)

Parmi les faits antérieurs, je vois encore celui de M. Rouge, chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Lausanne. Anévrysme poplité. Compression digitale associée à la compression mécanique. Vers la fin du traitement, le malade lui-même fléchit la jambe sur la cuisse et ajoute ainsi tardivement la gène flexion aux méthodes précédentes. (Extrait du Bulletin de la Société vaudoise de médecine. 1867.)

Je mentionne, en passant, l'anévrysme poplité, volumineux, guéri en vingt-quatre heures par M. Bryant (Guy's Hospital) à l'aide de la compression digitale. Compression digitale et mécanique alternée pendant trois jours, sans succès. Tentative de flexion du membre non supportée par le malade. Interruption du traitement pendant plusieurs jours. Retour à la compression digitale continue, qui, cette fois, amène la cessation définitive des battements de la poche artérielle au bout de vingt-quatre heures. Injections hypodermiques de sulfate de morphine en vue de calmer les douleurs de la compression digitale. (*Bulletin général de thérapeutique*, 1867, t. LXXIII, p. 471.)

L'union de la flexion et de la compression, telle que je la comprends, a été faite, il est vrai, par M. Delpeuch, mais non contre les anévrysmes; il s'agissait de plaies artérielles de l'avant-bras entraînant de sérieuses hémorrhagies, et qui ont été guéries de la sorte sans recourir à la ligature. L'habile praticien expose ses idées devant la Société de chirurgie dans un mémoire plein d'intérêt, auquel était réservée la bonne fortune du savant rapport de M. Boinet. (*Gazette des Hôpitaux*, 1869, p. 326, 361, 382.)

La Société de chirurgie elle-même, dans les séances des 21 et 28 juillet 1869, ouvre une discussion sur le traitement des anévrysmes à la suite de la communication de M. Trélat. Les orateurs exposent avec une grande érudition la physiologie pathologique de la guérison; ils comparent la compression digitale avec la flexion, et donnent le conseil d'employer d'abord la compression digitale, puis la flexion en cas d'insuccès, et de réserver la ligature comme dernière ressource. Mais nulle part je ne vois l'indication posée de réunir les méthodes. (*Gazette des Hôpitaux*, 1869, p. 411, 418.)

N'avais-je donc pas raison de dire, en commençant, que les règles

à suivre dans le traitement de l'anévrysme poplité n'étaient pas définitivement tracées; que chaque médecin suivait un peu ses inspirations; que, le plus souvent, on s'attachait à une méthode à l'exclusion des autres, et cela, plus d'une fois, au détriment de la rapidité et de la certitude de la guérison.

La conclusion pratique à laquelle je m'attache spécialement est donc tout en faveur de l'union des méthodes. Or, pour l'anévrysme poplité, je ne crains pas de dire qu'il est avantageux d'employer simultanément, et dès le premier jour, la flexion du membre continue et plus ou moins forcée, la compression digitale, indirecte, totale et intermittente, la compression mécanique et la réfrigération.

COMMUNICATION

Vice de conformation du voile du palais. — Étiologie. — Rapport entre la brièveté de la voûte palatine et la cécophonie spéciale. — M. TRÉLAT. Au commencement du mois de juillet dernier, je reçus, dans mon cabinet, un père, une mère et une enfant de 3 semaines. C'était la petite fille qu'on me présentait, mais la présence de ses deux parents accrut de beaucoup, pour moi, l'intérêt de l'examen auquel je procédai.

La mère, bien constituée, a été mariée deux fois, et est âgée de 38 ans. De son premier mari, elle a eu un fils bien portant et de conformation régulière, aujourd'hui âgé de 7 ans.

De son second mari, elle a eu deux filles, l'une née en novembre 1867 et morte à 6 mois. D'après le dire des deux parents, cette enfant ne pouvait pas téter, parce qu'elle avait « un trou ou une fente dans le palais, » et la seconde fille est sous mes yeux.

L'aspect extérieur du corps, les membres, la face, les orifices naturels sont normaux. Seuls, la voûte palatine et son voile offrent une disposition irrégulière.

A première vue, on reconnaît que la luette est légèrement bifide à sa pointe; que le voile palatin semble avoir, en tous sens, ses dimensions habituelles; que toute la partie médiane et antérieure du voile est mince, tendue, blanchâtre comme une cicatrice, et qu'au milieu de cette partie blanchâtre, juste derrière le bord de la voûte osseuse, il existe une fente en forme de grain d'avoine, longue de 1 centimètre et large de 3 à 4 millimètres. Par cette fente, dont les bords sont très-peu épais, on aperçoit la cloison des fosses nasales. La mère affirme, de la manière la plus catégorique, que ce pertuis n'existait pas au moment de la naissance, où, instruite par le sou-

venir de sa première fille, elle fit elle-même un examen attentif. Mais le quatrième jour, l'enfant refusant absolument de téter, on reconnut un petit trou gros comme une tête d'épingle. Cet orifice continua de grandir lentement. Au bout de huit jours, il avait atteint les dimensions que j'ai indiquées, et qui n'ont pas été dépassées.

Outre cette malformation apparente, le toucher permet de reconnaître que la voûte osseuse est insuffisante et anormale. Son bord postérieur est fortement échancré, suivant un angle ouvert en arrière, et de plus, ce bord est beaucoup plus rapproché que d'habitude de l'arcade alvéolaire. La voûte est donc à la fois trop courte et échancrée en arrière.

Telles sont les lésions constatées chez l'enfant. Quant au père, dès les premiers moments de son interrogatoire, j'avais été frappé par sa prononciation et par certain mouvement de son visage, et sitôt que j'eus terminé l'examen de la petite fille, je le soumis aux mêmes investigations.

Notons que cet homme, âgé de 40 ans, vigoureux, n'a jamais eu que deux enfants, et que ces deux enfants ont eu l'une et l'autre une malformation du palais.

Il sait très-bien qu'il prononce mal certaines lettres ou certains sons. Les lettres *m*, *n*, *v*, les longues *on*, *an*, *un* sont altérées, nasonnées, et nécessitent une contraction particulière et grimaçante des ailes du nez et de la lèvre supérieure. Du reste, cette défectuosité de la parole n'a rien d'excessif et est habilement palliée par quelques substitutions volontaires de lettres : le *b* remplace le *m*; le *d* est prononcé en place de l'*n*; le *v* est sauté. Les trois diphtongues que j'ai signalées se confondent en un seul bruit guttural sans sonorité et sans caractéristique.

Il y a peu d'années, on aurait dit que cette mauvaise prononciation provenait d'une éducation phonétique mal dirigée ou d'une bizarrerie sans cause. En effet, la bouche de notre homme paraît régulièrement conformée dans toutes ses parties; en particulier, on n'observe aucune solution de continuité sur la paroi supérieure qui comprend la voûte et le voile du palais. Néanmoins, la conformation n'est pas normale. Ici, comme chez la petite fille, la voûte osseuse est trop courte et échancrée sur la ligne médiane. Tandis que le voile mesure 35 millimètres au niveau de la luette et 25 millimètres de chaque côté (hauteur normale), la voûte osseuse n'a que 40 millimètres, depuis l'intervalle des deux incisives supérieures jusqu'à l'échancrure postérieure, et 44 millimètres de chaque côté de l'échancrure. La largeur entre les deux dernières grosses molaires

est de 40 millimètres. C'est la largeur habituelle, tandis que la longueur varie entre 55 et 60 millimètres chez les sujets bien constitués.

Dans cette double observation, chaque individu a son côté intéressant, sans compter que la puissante hérédité des malformations palatines est une fois de plus démontrée.

Jusqu'ici j'avais cru, et cette croyance me semble généralement partagée, que les arrêts de développement de la paroi buccale supérieure existaient toujours au moment de la naissance tels qu'ils devaient persister par la suite. Jamais je n'avais entendu parler de perforations spontanées survenues en dehors de toute cause pathologique et après le commencement de la vie extra-utérine. Il faudra désormais admettre cette éventualité si le récit qui m'a été fait est exact. Or, j'ai toute raison de le croire tel. En effet, cette portion mince et demi-transparente qui entoure le petit pertuis semble n'être qu'une mince cloison sans résistance, sans grande vitalité, très-bien disposée pour une résorption analogue à celle qui s'effectue dans certaines cicatrices. Au reste, puisqu'il paraît prouvé, par les faits de Passavant (1) et par celui que j'ai communiqué à la Société (2), que des voiles palatines fendues au moment de la naissance ont pu être le siège d'une réunion cicatricielle qui effaçait toute apparence de difformité, le travail inverse n'a rien de plus difficile à concevoir.

L'examen du père touche un autre point auquel des recherches antérieures me font attacher de l'importance. Vous pouvez vous souvenir que, dans mon rapport sur la staphyloraphie (3), j'ai soutenu avec Passavant, que la bifidité du voile n'est pas la cause du défaut de prononciation, et que cette cause git dans la brièveté et l'insuffisance de la voûte osseuse; d'où je tirais, quant à l'opération de la staphyloraphie et à son succès, des conclusions qu'il est inutile de rappeler ici. Pour établir cette démonstration, je m'appuyais principalement sur les deux observations de Passavant relatives à un enfant de 6 ans et à un homme adulte ayant eu des guérisons spontanées de bifidités palatines, et ayant malgré cela conservé une parole fortement nasonnée et souvent incompréhensible. Depuis, je vous ai présenté un homme (4) chez lequel les mêmes phénomènes paraissaient avoir eu lieu, et qui, malgré l'intégrité de son palais,

(1) *Archives gén. de médecine*, 6^e série, t. V, p. 55.

(2) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 2^e série, t. VIII, p. 450.

(3) *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. VI, p. 597.

(4) *Archives*, 6^e série, t. VI, p. 422.

avait le nasonnement caractéristique. Chez ces trois individus, la voûte osseuse était manifestement plus courte, et même beaucoup plus courte qu'à l'état normal. C'est précisément le cas de l'homme dont je viens de vous parler. Il parle comme les autres et il présente la même conformation qu'eux.

Peut-être, messieurs, ne serez-vous pas encore convaincus et demanderez-vous de nouvelles preuves. Quant à moi, je regarde la question de physiologie pathologique comme résolue. Je vois, d'un côté, des sujets ayant une division complète du voile parler très-intelligiblement. Tout récemment, j'en avais un dans mon service ; je l'ai fait remarquer aux élèves. D'autre part, voici quatre faits où la parole est viciée, le voile étant intact.

Je n'ai pas à rechercher ici en vertu de quel mécanisme la brièveté de la voûte osseuse trouble le langage. C'est une question de physiologie, qui a été contradictoirement jugée par Passavant et par Paul (Hermann) [1], mais qui importe peu à la pratique chirurgicale. Ce qui importe, c'est de savoir au juste ce qu'on peut espérer de certaines opérations réparatrices, c'est de connaître les conditions anatomiques qui peuvent influencer sur leur pronostic définitif, et c'est dans ce but que je suis revenu, chaque fois que l'occasion m'en a été donnée, sur une démonstration dont j'avais avancé les premiers éléments.

M. BLOT. L'enfant observé par M. Trélat tétait mal. Rien d'étonnant à cela, mais je crois devoir signaler un cas dans lequel l'enfant, bien qu'atteint de bec-de-lièvre compliqué de division de la voûte palatine, put se livrer à la succion et être nourri au sein. L'enfant qu'on désirait faire allaiter fut apporté au bureau. Nous y trouvâmes deux nourrices qui avaient inutilement essayé de donner le sein à d'autres enfants atteints de bec-de-lièvre simple. Toutes deux avaient le sein parfaitement conformé, et celle qui fut choisi avait un mamelon assez long pour qu'il pût en quelque sorte pénétrer jusque dans l'arrière-bouche. En effet, l'enfant se précipita sur le sein, l'introduisit d'autant plus profondément que la division congénitale de la lèvre agrandissait la bouche, et, à notre extrême étonnement, nous pûmes constater que la succion se faisait d'une manière très-régulière.

M. PERRIN. Une disposition en ogive de la voûte palatine osseuse suffit quelquefois pour donner à la voix le timbre qu'elle a dans la division du voile ; c'est ce que j'ai pu constater chez un jeune homme

(1) *Archives*, 6^e série, t. VI, p. 412.

dont le palais, offrant cette disposition, était cependant exempt de toute perforation.

M. TRÉLAT. L'enfant qui a une division totale du voile du palais se jette sur le sein, consacre tout à la succion, oblitère ses narines en pressant le nez contre la mamelle, et il tète comme le faisait le petit malade de M. Blot ; mais il faut que de temps en temps il se retire pour respirer. L'enfant qui a une simple perforation palatine prend l'habitude de respirer par le nez, et celui-là se refuse à têter.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1869

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. — Le *Montpellier médical*. — Le *Journal de médecine de l'Ouest*. — Le *Bulletin médical du Nord de la France*.

— Le *Bulletin de la Société des sciences médicales du grand duché de Luxembourg*, pour 1869.

— *The american journal of obstetrics and diseases of women and children* by Næggerath and Dawson. New-York ; années 1868 et 1869.

— *Army medical department report for the year 1867*. Vol. IX. Londres, 1869.

Cas de tétanos traité et guéri par un traitement balnéaire à Aix, en Savoie. — M. FORGET. J'appelle l'attention de mes collègues sur une observation de tétanos traumatique et rhumatismal traité avec succès par les pratiques balnéaires d'Aix, en Savoie.

Cette observation, dans laquelle je suis intervenu, sur l'invitation de l'auteur, m'a été adressée par M. le docteur Brachet, d'Aix, avec prière d'en communiquer un extrait à la Société de chirurgie, qu'elle est de nature à intéresser.

Voici le fait :

Le docteur Brachet fut appelé, le 29 juillet dernier, auprès d'un homme âgé de 23 ans, qui présentait, à un haut degré, tous les symptômes d'un opisthotonos très-intense.

Le 9 juillet, cet individu, en moissonnant, s'était coupé l'extrémité du pouce droit. L'ongle avait été incisé dans le tiers de sa longueur. Une hémorrhagie assez abondante eut lieu; une douleur vive, s'irradiant le long du bras, persista pendant quatre jours. Un pansement méthodique fut fait alors, et bientôt le blessé put reprendre ses travaux des champs, la cicatrisation étant achevée.

Le 23 juillet, après être descendu dans une cave, où il resta, étant en sueur, une demi-heure, cet homme ressentit immédiatement une très-vive douleur dans la région auriculo-temporale gauche, et depuis lors les accidents tétaniques se développèrent avec une rapidité et une intensité toujours croissantes.

Sauf ceux des membres supérieurs, tous les muscles sont fortement contractés; le trismus maintient les mâchoires énergiquement serrées. Le thorax est comme serré dans un étai; la respiration à peine sensible. Les muscles du ventre sont rigides; les selles sont nulles; il y a une seule mixtion en vingt-quatre heures. Comme l'asphyxie était imminente et qu'une application antérieure de onze vésicatoires avait été sans résultat, M. Brachet songea à utiliser contre cette grave affection l'action puissante des eaux thermales de l'établissement d'Aix.

Voici comment il procéda :

Il avait vu le malade le 29; dès le 30, il fut soumis (après une tentative infructueuse et même dangereuse, essayée dans le caveau vulgairement désigné sous le nom d'*Enfer*, en raison de sa haute température) au massage et aux douches à 38 degrés, avec une projection de 12 mètres de hauteur.

Trois opérations balnéaires du même genre eurent lieu toutes les vingt-quatre heures, et chaque fois elles duraient une demi-heure.

Après la première, il y eut une aggravation dans l'état du malade; ses membres supérieurs, libres jusqu'alors, furent pris de contracture.

M. Brachet n'en persista pas moins dans la voie thérapeutique par lui adoptée, et à la suite de la quatrième séance, il eut la satisfaction d'obtenir une très-légère détente des muscles des régions cervicale et abdominale.

Un bain de piscine, à 36 degrés, qui dura huit heures, fut pris par le malade, qui tomba à la suite dans un tel état de faiblesse que l'on craignit de le renouveler.

Ce ne fut véritablement que le 5 août, après six jours de traitement persévérant, qu'une amélioration appréciable se manifesta. Le mouvement de flexion sensible put s'effectuer, et le trismus, écarté, nué, permit d'introduire, entre les dents du malade, une lamelle de bois, qui rendit l'ingestion du bouillon possible. M. Brachet y associa deux verrées de vin par jour.

Du 5 au 13 août, sous l'influence du traitement uniforme que l'on connaît, on vit se produire la détente progressive de l'appareil musculaire.

La déglutition étant devenue assez facile pour vaincre la constipation, qui n'avait pas cessé, et éveiller l'action du canal digestif, M. Brachet donna des eaux purgatives qui amenèrent des selles copieuses.

A la même époque, se dessina, sous le tégument externe, une éruption abondante, celle qui constitue la poussée des eaux sulfureuses.

Je considérai, dit M. Brachet, le malade comme étant sauvé. En effet, le 22 août, il ne conservait plus qu'une faible roideur dans les muscles du cou et dans ceux qui président à la respiration. Il put venir à pied de chez lui à l'établissement pour prendre ses douches.

La guérison n'a pas tardé à se compléter.

J'ajouterai, avant de clore cette communication, que j'ai suivi le malade de notre confrère, que j'ai pu constater le haut degré de gravité et d'intensité du tétanos dont il était atteint, la menace d'asphyxie qui était imminente, et je m'associe à l'auteur de l'observation pour reconnaître que la thérapeutique balnéaire, soit par la thermalité élevée de l'eau employée, soit par l'excitation des manœuvres exercées à la surface du corps, a produit sur tout le tégument externe une révulsion énergique et permanente, à laquelle il nous semble qu'il faille accorder le rôle principal dans cette guérison vraiment remarquable, et dont on ne saurait trop féliciter notre confrère.

COMMUNICATION

Expériences sur le chloral. — M. GIRALDÈS. Je désire entretenir la Société de chirurgie d'une question nouvelle, toute d'actualité : l'action de l'hydrate de chloral dans l'économie comme agent hypnotique et anesthésique.

Au mois de juin dernier, M. Otto Liébreich, assistant de chimie au laboratoire de pathologie, communiqua à la Société de médecine de

Berlin, et à l'Académie de médecine de la même ville, le résultat de ses recherches sur l'hydrate de chloral, substance découverte il y a trente ans par Liebig, considéré comme agent hypnotique et anesthésique.

M. Liébreich, voyant que l'hydrate de chloral, en présence d'un alcali, se dédoublait en acide formique et chloroforme, a pensé que la même action se produirait au sein de l'économie, et que cet agent, en contact avec le sang, se dédoublerait, et que le chloroforme produit agirait sur les centres nerveux et déterminerait l'anesthésie.

L'expérience confirma ses prévisions : 35 centigrammes d'hydrate de chloral, injectés sous la peau d'un lapin, produisirent un état hypnotique qui dura trois heures. D'autres expériences, répétées chez d'autres espèces animales, donnèrent le même résultat, et montrèrent que l'hydrate de chloral agissait sur l'économie comme anesthésique et comme hypnotique. Administré chez l'homme, l'hydrate de chloral fournit les mêmes résultats. Bardeleben et Langenbeck eurent l'occasion d'employer avec succès l'agent en question. Chez une femme atteinte d'inflammation douloureuse du poignet, chez laquelle l'intensité de la douleur était assez grande pour empêcher l'application d'un appareil, 40 grains (2 grammes) de l'hydrate de chloral produisirent une anesthésie suffisante pour permettre l'application de l'appareil. Chez une autre femme, atteinte de fracture comminutive de l'humérus, compliquée de délire, de convulsions, ayant résisté à l'action de la morphine et de l'atropine combinées, 3 grammes d'hydrate de chloral à l'intérieur, et un en trois injections sous-cutanées, amenèrent un sommeil qui dura jusqu'au lendemain. La même substance, employée chez des aliénés déliants, produisit de très-bons effets.

En Angleterre, M. Richardson étudia l'action de l'hydrate de chloral chez les animaux, et au mois d'août, dans un rapport étendu, présenté à la section de biologie de l'Association britannique tenue à Leeds, résuma le résultat de ses recherches sur ce sujet, confirma les résultats avancés par Otto Liébreich.

Une série d'expériences instituées chez des animaux : grenouilles, pigeons, lapins, etc., montrèrent que l'hydrate de chloral, donné à l'intérieur ou injecté sous la peau, produisait un sommeil très-long sans être précédé d'agitation, et une anesthésie assez grande. Des expériences comparatives avec d'autres agents : chloroforme, bichlorure de méthylène, etc., démontrèrent d'une manière évidente que l'hydrate de chloral, comme anesthésique, était inférieur au

chloroforme. Plus tard, M. Spencer Wells, se dégageant du domaine expérimental pour entrer dans celui de la pratique, étudia chez l'homme l'action du nouvel agent, et montra, par quelques observations intéressantes, que le chloral, dans beaucoup de cas, pouvait fournir au praticien un agent précieux pouvant provoquer un calme et un sommeil assez longs sans cet état de congestion produite par l'opium, état qui, comme on le sait, fatigue beaucoup les malades.

En présence des résultats obtenus par Langenbeck, Bardeleben et Spencer Wells, j'ai, de mon côté, essayé à connaître quelle pouvait être l'action de l'hydrate de chloral chez des enfants. Grâce à l'extrême obligeance de M. Grassi, j'ai pu me procurer 15 grammes de cette substance. Ainsi, chez un enfant de 3 ans atteint d'un ectropion de la paupière inférieure, 2 grammes d'hydrate de chloral dans 10 grammes d'eau, pris en une seule fois, déterminèrent, au bout d'un quart d'heure, un sommeil qui dura près de cinq heures. Chez un second enfant du même âge, chez lequel je venais de faire l'ablation du doigt médius, la même dose de médicament, administrée de la même manière, détermina également un sommeil qui dura à peu près le même temps. Pendant le sommeil, l'action réflexe était conservée; des pincements de la peau provoquaient des contractions des membres. La respiration était calme et lente. Chez deux autres enfants âgés de 12 ans, le médicament ne produisit aucun effet notable. Enfin, chez deux autres, deux filles âgées l'une de 12 et l'autre de 14 ans, la même dose de médicament produisit un état d'ivresse assez marqué. Je dois ajouter, enfin, que chez un enfant chez lequel j'avais fait des injections sous-cutanées, les piqûres se sont enflammées, et provoquèrent un phlegmon sous-cutané.

J'ai reçu, depuis quelques jours, par l'intervention bienveillante de M. Bardeleben, de Berlin, 30 grammes d'hydrate de chloral, et je me propose de continuer mes recherches sur cet intéressant sujet.

M. FORGET. Je demanderai à M. Giraaldès ce qu'il entend par ces mots : Je communiquerai à la Société les résultats bons ou mauvais. Entend-il parler de la valeur du chloral comme agent hypnotique ou comme anesthésique pouvant remplacer le chloroforme ? Le chloral à petite dose est hypnotisant; à plus haute dose, il est anesthésiant; mais il peut amener des accidents. S'agit-il, dans les prévisions dont nous parle M. Giraaldès, de constater l'utilité ou l'inutilité du médicament ? ou s'attend-il à observer des accidents ?

M. GIRALDÈS. Je n'ai voulu parler que des résultats thérapeu-

tiques; quant aux accidents, si l'on a déterminé la mort de quelques animaux, c'était en quelque sorte intentionnellement, en recherchant à quelle dose on produirait des effets toniques, mais aucun cas de mort sur l'homme n'a été observé. C'est cette question de dose qu'il s'agit d'étudier, car, pour ce qui concerne les propriétés anesthésiques, on ne saurait discuter la question. Des lapins ont été plongés dans l'insensibilité la plus absolue et sont ensuite revenus à l'intégrité de leurs fonctions. Toutefois il est prouvé que, comme anesthésique, le chloral ne vaut pas le chloroforme. Celui-ci supprime encore l'action réflexe, le chloral ne fait que l'affaiblir et même la laisse intacte.

PRÉSENTATION DE MALADES

Extension continue dans le traitement des fractures de la cuisse. — M. LÉON LEFORT. La Société s'est plusieurs fois occupée de la question de l'application de l'extension continue au traitement des fractures de la cuisse. Le malade que je lui présente a été traité par moi, à l'hôpital Cochin, d'une fracture de la partie moyenne de la cuisse, au moyen de l'appareil que j'ai présenté antérieurement à la Société. Il n'y a, comme on peut le voir, ni claudication ni roideur de genou, et cependant le malade a dû subir un long traitement, car, à peine guéri de sa fracture; il fit une chute avant même d'être sorti de l'hôpital, et se fractura une seconde fois la cuisse au niveau du col.

J'attribue l'absence de roideur articulaire, si fréquente après ces fractures, ainsi qu'il résulte de l'examen des malades observés par M. Delthil à l'hôpital des convalescents de Vincennes, à ce que l'extension a porté sur la cuisse même, et non sur la jambe. J'attache à cette précaution une grande importance, car la traction opérée sur la jambe, et le tiraillement qui en résulte sur l'articulation du genou, sont pour moi une cause puissante de roideur articulaire. Rien de plus facile du reste que d'appliquer l'extension au-dessus des condyles du fémur. J'applique verticalement autour de la cuisse des bandelettes de diachylon, qui viennent se rassembler en deux faisceaux sur les côtés de l'articulation, où elles forment deux anses auxquelles s'attachent les courroies extensives; d'autres bandelettes circulaires aident à les maintenir en place.

Quant au raccourcissement réel, la mensuration plusieurs fois répétée me donne un centimètre; l'on sait combien toute mensuration de la cuisse est incertaine, mais ce qui nous importe en pratique,

c'est que le malade ici présent marche aussi facilement qu'avant l'accident, sans claudication apparente et sans roideur articulaire.

M. TRÉLAT. M. Le Fort fait remarquer avec raison que la fracture ne siège qu'à la partie moyenne de la cuisse; car ces fractures sont beaucoup plus faciles à traiter que celle du tiers supérieur, et c'est pour celles-là surtout qu'on s'ingénie par tous les moyens sans arriver à des résultats satisfaisants.

M. LE FORT. Nul n'ignore la difficulté de traiter les fractures sous-trochantériennes; mais pour celles-là je ne crois pas l'extension applicable. Dans les fractures des deux tiers inférieurs du fémur, le raccourcissement est déterminé par le chevauchement, suivant la longueur; l'extension est applicable et suivie d'un bon résultat. Dans les fractures du tiers supérieur, le raccourcissement est dû à cette circonstance, que les fragments de fémur s'inclinent angulairement, en formant un angle saillant en dehors ou en avant et en dehors. A cette variété de fracture j'oppose, à l'exemple de Malgaigne, la pression au niveau de l'angle par une attelle externe serrée autour du bassin, et en bas autour de la cuisse et de la jambe.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Taille médiane, incisions multiples de la prostate. Extraction de trois calculs. Guérison. — **M. VERNEUIL.** Un médecin, âgé de 64 ans, maigre, très-actif, bien portant toute sa vie, vint me trouver dans le courant du mois dernier pour le débarrasser de la pierre.

Les premiers troubles remontaient à une douzaine d'années, mais n'avaient point empêché notre courageux confrère de vaquer à ses occupations, dans un pays montagneux, difficile, où la locomotion s'effectue au moins autant à pied et à cheval qu'en voiture. Depuis longtemps il soupçonnait la nature de son mal, mais recula jusqu'à l'an dernier une exploration, qui, faite par notre collègue M. Duboué, de Pau, démontra du premier coup la présence d'un calcul d'un volume notable.

Les symptômes s'aggravant, M. L... résolut d'en finir.

J'imposai quelques jours de repos après l'arrivée à Paris, et fis une exploration. Voulant d'abord connaître l'état de l'urètre, je me contentai d'introduire la sonde coudée de Mernier: le canal était libre, le col de la vessie facilement franchissable. L'instrument, parvenu sans peine dans la vessie, heurta aussitôt le corps étranger. Il était relégué au côté gauche de la vessie, et, quoique le malade fût placé sur

le dos, le bassin élevé, le calcul ne tomba pas dans le bas-fond, ce qui me surprit un petit peu, car la vessie contenait une assez bonne quantité d'urine.

Quoiqu'il en soit, en promenant la sonde d'avant en arrière, et vice versa, je diagnostiquai un calcul à surface lisse, mesurant trois centimètres, et probablement assez dur, à en juger par le son sec rendu par le choc.

J'aurais voulu préciser le diagnostic à l'aide d'un brise-pierre, qui m'aurait renseigné mieux sur les dimensions et la consistance de la pierre; mais le malade était fort ému, et je crus devoir en rester là pour le moment.

J'avais au préalable exploré la prostate, qui était peu volumineuse; je constatai que les urines étaient pâles, assez limpides, offrant un léger dépôt, mais purulent; jamais il n'y avait eu d'hématuries; jamais ni sable, ni gravier, ni débris phosphatiques n'avaient été rendus. Les douleurs étaient médiocres dans la marche, nulles dans le décubitus dorsal. L'urine pouvait être facilement gardée jusqu'à 3 heures et plus.

Le cas me semblait fort simple; je crus à un calcul de volume moyen, à surface lisse, composé d'acide urique. La vessie était en bon état; les reins aussi. De temps en temps, à la vérité, il y avait des accès de fièvre, à la suite de fatigues extrêmes ou de refroidissement; mais notre confrère, habitant un pays où le paludisme est endémique, rapportait sans hésiter à cette cause les accidents en question.

Il me paraissait que la lithotritie était tout à fait indiquée; j'engageai donc M. L... à s'installer aux environs de Paris, ne voulant pas l'opérer dans une petite chambre d'hôtel, et je prescrivis un régime destiné à modifier la sécrétion urinaire et à combattre un état de dyspepsie assez prononcé, remontant à quelques semaines, et à la production duquel le moral prenait certainement la plus large part.

Les bains, les lavements, l'eau de Vichy, formaient la base de ce traitement préparatoire.

L'exploration avait été très-courte, très-facile, fort peu douloureuse; cependant, le soir même, se déclara un accès de fièvre qui dura plusieurs heures et se reproduisit le lendemain et le surlendemain, tout en perdant de son intensité. L'état saburral ne s'amendait guère, malgré l'emploi d'un purgatif, et la susceptibilité morale du malade ne fit que l'aggraver.

Il vint en conséquence m'annoncer, les larmes aux yeux, qu'il

renonçait à la lithotritie, désirant être débarrassé d'un seul coup par la taille, mais qu'il craignait beaucoup de succomber loin de sa famille et de son pays. Cette déclaration pesait lourdement sur le choix du procédé. La lithotritie devenait presque irréalisable, à cause de sa durée inconnue et des chances de retour des accès fébriles. La taille reprenait toute sa suprématie; il me parut d'autre part que, pratiquée en rase campagne, sur un malade maigre, bien portant et joyeux, elle se réduisait à son minimum de danger.

Je renvoyai donc M. L..., et allai l'opérer le 5 octobre, par un temps superbe. Je le trouvai dans les conditions les plus favorables, et, grâce au concours obligeant que voulurent bien me prêter M. Duboué et M. Serbet, exerçant dans le voisinage, j'aurai bien du succès.

Il y avait cependant une ombre au tableau; je veux parler de l'incertitude du diagnostic que l'unique cathétérisme rendait insuffisant, au moins pour fixer le choix du meilleur procédé.

Cependant, réfléchissant aux ressources qu'offre la lithotritie combinée séance tenante à la taille, et muni de tous les instruments nécessaires pour fragmenter le calcul par la plaie périnéale, je résolus de pratiquer la taille médiane, qui m'avait déjà, à plusieurs reprises, donné d'excellents résultats. D'ailleurs, il faut bien le dire, je croyais n'avoir affaire qu'à un calcul de 3 centimètres; dimension très-acceptable pour le succès du procédé en question.

Le chloroforme administré, j'exécutai rapidement les premiers temps de la taille médiane, et conduisis sans peine dans la vessie le lithotome simple. L'ayant ouvert à 25 millimètres, je débridai directement en arrière et sur la ligne médiane, puis, en retirant l'instrument, j'achevai d'inciser la portion membraneuse, pour rendre large la voie d'issue au voisinage de la peau; l'urine s'écoula aussitôt. J'introduisis le gorgeret et l'indicateur droit, et avec ces deux instruments, je dilatai doucement le col de la vessie. Mon doigt, à peine porté dans la cavité vésicale, y reconnut plusieurs calculs. Le premier me parut avoir les dimensions indiquées plus haut; un autre était plus petit; un dernier me sembla plus gros.

La prostate, quoique peu développée, était rigide et ferme. L'ouverture pratiquée au col eût été insuffisante; il eût fallu la dilater violemment, et peut-être déchirer le tissu glandulaire, aussi je crus sage de débrider sur-le-champ les diamètres obliques; c'est ce que je fis à l'aide du lithotome double. Ouvert seulement à 30 millimètres, le col de la vessie se trouvait ainsi par le fait incisé en trois points : sur la ligne médiane, dans l'étendue de moins de 1 centimètre, et sur les côtés, un peu plus largement sans doute.

La tenette pénétra facilement dans la vessie : un premier calcul fut immédiatement chassé. C'était précisément celui de 3 centimètres ; mais par le fait, le diamètre saisi n'en offrait guère que 2. J'aurais pu faire l'extraction rapide, je préférerais manœuvrer lentement et préparer, par des mouvements de latéralité, la voie à la pierre, plus grosse que je ne soupçonnais.

Ce soupçon fut d'ailleurs confirmé par l'examen de ce premier échantillon, très-régulièrement ovoïde dans sa plus grande étendue ; il offrait, sur un de ses longs côtés, une dépression profonde, régulière dans sa concavité, appartenant à un rayon très-long annonçant sa juxtaposition à un calcul encore plus volumineux.

Un second coup de tenette amena une seconde pierre ovoïde, aplatie, de petite dimension, et brisée en deux fragments par la pression des mors.

La troisième devait nous donner plus de peine. Elle était facile à rencontrer et à saisir, mais deux fois elle s'échappa de la tenette, qui était d'ailleurs de petite dimension. J'en pris une plus forte, et cette fois le corps étranger fut solidement saisi. A l'écartement considérable des branches, je vis qu'il était plus volumineux même que je ne l'avais cru. Je songeai donc d'abord à le repousser dans la vessie et à le fragmenter. Toutefois, je crus devoir faire avec douceur et prudence un essai d'extraction. Au reste, voici pourquoi je le tentai. L'issue du premier calcul avait déjà dilaté le chemin, puis, dans les deux tentatives infructueuses, le calcul, dont j'ignorais les dimensions, avait progressé et certainement franchi, avant de se dégager des tenettes, le col de la vessie. Je pouvais donc espérer l'amener au dehors sans violenter trop les bords de la plaie.

Manœuvrant donc comme si j'avais eu une pompe entre les mains, je vis la tenette descendre doucement et progressivement, de sorte qu'en moins de deux minutes elle sortit avec la pierre, qui, par bonheur, était saisie par le petit diamètre de l'ovoïde. Je fus toutefois surpris, ainsi que mes assistants, de voir qu'un calcul relativement aussi gros ait pu franchir aussi aisément la voie ouverte par la taille médiane et les incisions relativement restreintes de sa prostate.

Je ne puis évaluer en chiffres la force que j'ai mise en usage, mais je puis affirmer n'avoir exercé aucune violence exagérée, et n'avoir rencontré aucune résistance qu'il eût été imprudent de surmonter par la force.

Une dernière exploration m'assura que la vessie ne contenait plus rien. L'écoulement sanguin avait été peu considérable, car je n'avais certainement pas blessé le bulbe, et n'avais ouvert aucun vaisseau

important. Cependant, en écartant les lèvres de la plaie, je vis, sur le côté gauche, deux petites artérioles juxtaposées siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané, et qui donnaient du sang. Il s'agissait sans doute de rameaux de l'hémorroïdale inférieure. Un attouchement léger avec la pointe d'un cautère conique et une irrigation d'eau froide arrêtaient sans peine l'écoulement sanguin.

Le malade fut transporté dans son lit. Un quart d'heure après, je voulus placer dans la plaie périnéale et pousser jusque dans la vessie une grosse sonde de caoutchouc vulcanisé, très-souple malgré son volume, et que je maintiens d'ordinaire pendant deux jours pour soutirer l'urine de la vessie, ou du moins lui fournir une voie directe à travers la plaie infractueuse du périnée.

Or, l'introduction directe ne put se faire, et il me fallut, à l'aide de l'index, refaire la voie; je fus alors frappé du retrait qu'avaient subi les parties molles, et en particulier la prostate, qui, quelques minutes auparavant, avait livré passage à un corps pourtant très-volumineux; cela me rassura sur les suites de cette dilatation forcée.

Lorsque, trois heures plus tard, je quittai l'opéré, il ne se plaignait que d'une douleur contusive au périnée et à l'hypogastre. Le sang s'était arrêté, et l'urine, à peine teintée, coulait librement par la sonde.

Des compresses imbibées d'eau fraîche furent appliquées sur le périnée avec ordre de les renouveler d'heure en heure. Le sulfate de quinine fut administré par précaution, à la dose de 50 centigrammes.

Les nouvelles ultérieures m'apprirent que le reste de la journée s'était passé sans autre accident qu'un peu d'agitation et d'exagération de la sensibilité normale, mais qu'à partir du lendemain il n'y avait eu ni fièvre ni malaise quelconque. Au huitième jour, la plaie extérieure, très-réduite, commençait à bourgeonner; au dixième jour, elle suppurait à peine, et quelques gouttes d'urine sortaient par le méat. Tout fait donc présager une guérison complète et prochaine.

Ce fait heureux confirme mon opinion sur la valeur de la taille médiane, sur son innocuité réelle et sur son efficacité, lors même que les calculs présentent un volume considérable; le dernier, en effet, offre les dimensions suivantes:

Gros calcul.

Longueur.....	00,60
Largeur.....	00,47
Épaisseur.....	00,30
Poids.....	98 grammes.

Moyen calcul.

Longueur.....	00,42
Largeur.....	00,25
Épaisseur.....	00,15
Poids.....	27 grammes.

Petit calcul.

Longueur.....	00,25
Largeur.....	00,15
Épaisseur.....	00,10

Tout porte à croire que cet excellent procédé reprendra de jour en jour plus de faveur dans la pratique chirurgicale, surtout par son innocuité avec les débridements multiples du col vésical et la lithotritie par la plaie.

M. PERRIN. Je crains, après ce que vient de dire M. Verneuil, qu'il y ait quelque confusion dans les esprits. La taille qu'a pratiquée notre collègue n'est pas une taille médiane; elle se rapproche beaucoup plus de la taille quadrilatérale de Vidal de Cassis, car ce n'est pas l'incision des parties molles, mais bien l'incision de la prostate qui caractérise les procédés. Je ne vois pas non plus quel avantage a le procédé suivi par M. Verneuil sur la taille prérectale; qui permet plus facilement de pratiquer ces deux incisions latérales sans blesser le bulbe. Enfin, lorsqu'il s'agit de calculs aussi volumineux, il me semble qu'il serait peut-être préférable de le faire d'abord éclater et de le retirer en plusieurs fragments plutôt que de chercher à l'extraire tel qu'il est, au risque d'amener des déchirures des parties molles.

M. FORGET se range à l'avis de M. Perrin; il croit à l'utilité de l'éclatement préalable; car, si élastiques que l'on suppose les parties molles, il y a toujours danger de déchirures.

M. VERNEUIL. Mon intention avait été de faire éclater le calcul avant de l'extraire; mais quand j'ai vu que je pouvais le faire sortir sans exercer de violence, j'ai renoncé à l'éclatement.

M. TILLAUX. L'opération faite par M. Verneuil est la taille médiobilatérale. Je ne sais si j'oserais pratiquer une incision verticale médiane sur le col de la vessie, en employant un lithotome, sur un adulte ou un enfant, car je craindrais de couper les canaux éjaculateurs. Quant au pansement, il me semblait que nous étions tous d'accord sur ce point, qu'il ne fallait pas laisser de sonde à demeure,

car, outre le danger d'irriter les parties, il me paraît inutile d'entretenir le passage de l'urine par la plaie. En faisant la taille médiobilatérale chez un petit enfant de 27 mois, non-seulement je n'ai pas eu d'incontinence d'urine, mais après vingt-quatre heures, l'enfant accusait le besoin d'uriner, et la mixtion s'opérait par la verge.

M. GUYON. Un des reproches faits à la taille médiane, c'est d'exposer à la blessure des canaux éjaculatoires; c'est ce qui a engagé **M. Buisson** à pratiquer la taille para-raphéale, en faisant l'incision un peu à gauche. La plaie faite à la vessie par cette incision est beaucoup plus grande qu'on ne serait tenté de le croire. Quant à la recommandation de faire éclater le calcul avant de l'extraire, je crois qu'il vaut mieux d'abord essayer de le retirer intact et de ne le briser que si l'on ne peut faire autrement, car on éprouve quelquefois beaucoup de difficultés à retirer les fragments.

M. VERNEUIL. Je répondrai à **M. Perrin** que l'incision de la prostate n'est pas le seul point de départ de la nomenclature des tailles, et je citerai comme exemple la taille prérectale.

Quant à la présence d'une sonde, je suis l'ennemi de l'introduction des corps étrangers dans les plaies récentes; mais ici, il me paraît important de se mettre à l'abri des infiltrations d'urine dans une plaie très-infractueuse. Je dois surtout faire remarquer qu'il ne s'agit pas ici de ces grosses canules droites qu'on employait jadis; ce que j'emploie, c'est un simple tube de caoutchouc, aussi flexible que possible.

M. TILLAUX croit que la sonde, au lieu de prévenir les infiltrations, peut les provoquer, lorsque, les yeux de l'instrument étant bouchés par du sang ou du mucus, l'urine coule le long de la sonde et non par le canal dont elle est percée.

M. GIRALDÈS. Quand l'incision est assez large, c'est-à-dire quand elle représente un triangle, dont le sommet est à la vessie et la base au périnée, la sonde est inutile. J'en suis aujourd'hui à ma 49^e taille, et je n'ai jamais vu d'infiltration d'urine. Quant au retrait rapide de la vessie après la taille, on voit à peu près toujours, lorsque l'on a retiré un gros calcul et que l'on introduit le doigt, que l'ouverture de la vessie est beaucoup plus petite qu'on ne le croirait d'après le volume du calcul.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel : LÉON LE FORZ.

SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1869.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : *L'Art dentaire*; — *Le Bulletin de thérapeutique*; — *La Gazette médicale de Strasbourg*.

— Le 6^e fascicule, t. XXII, du *Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*.

Vice de conformation du voile du palais. — M. NOTTA (de Lisieux) adresse à la Société l'observation suivante :

M^{lle} P..., de Saint-Pair-du-Mont, près Lisieux, âgée de 11 ans, présente le défaut de conformation suivant : la voûte osseuse palatine manque complètement dans un espace triangulaire dont le sommet répond, sur la ligne médiane, à la moitié de l'espace qui sépare l'orifice du canal palatin antérieur de l'épine nasale postérieure, qui, par conséquent, n'existe pas, et la base à l'intervalle qui sépare les deux dernières grosses molaires. Tout cet intervalle est rempli par la fibro-muqueuse palatine, qui ne présente aucune solution de continuité et qui fait suite au voile du palais, dont l'intégrité est complète : seulement la luette, qui est assez courte, est bifide dans toute sa hauteur. Lorsqu'on explore la bouche de l'enfant, on constate parfaitement l'existence de cette brèche osseuse, dans l'intervalle de laquelle on voit flotter la membrane fibro-muqueuse palatine. Lorsque cette jeune fille parle, la voix est nasonnée et présente le timbre particulier aux individus qui ont une division du voile du palais, à tel point que ce caractère de la voix me frappa et me donna l'idée d'explorer le voile du palais, avec la pensée que j'allais le trouver divisé.

Pendant la première enfance, l'altération de la voix était telle, qu'il était difficile de comprendre ce que l'enfant disait. Aujourd'hui, la parole est très-intelligible, seulement le timbre de la voix est altéré, comme je l'ai dit précédemment.

*Discours prononcé par M. Trélat aux funérailles
de M. Guersant.*

L'homme de bien que la mort vient de frapper, après une carrière longue et justement honorée, appartenait à la Société de chirurgie de

Paris depuis son origine. Jeune encore et déjà chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, qu'il ne devait plus quitter, il fit partie de cette petite pléiade d'hommes dévoués qui entreprirent, en 1843, de rendre une tribune à la chirurgie française, silencieuse depuis plus d'un demi-siècle. Ils étaient dix-sept alors, mais le temps est impitoyable dans sa marche, et déjà nous avons dû tresser des couronnes pour la moitié d'entre eux.

P. Guersant avait été l'artisan laborieux de la première heure, puis il avait vu notre Société grandir, et toujours il venait s'asseoir à son foyer, comme le fils affectueux revient au foyer maternel.

Il apportait sans cesse à nos séances le tribut de son active observation et de son expérience. Presque tous empruntés à la chirurgie infantile, à laquelle son nom semblait le vouer d'avance, les sujets dont il s'est occupé sont excessivement nombreux.

Les affections congénitales, les tumeurs blanches, le mal vertébral, la taille et la lithotrie chez les enfants, mais surtout l'opération du bec-de-lièvre, celle de la trachéotomie, ses indications et ses chances de succès, nous valurent des rapports importants et des communications répétées. La pratique de l'hôpital s'éclairait ainsi par la discussion scientifique et bénéficiait de ce surcroît de lumières.

Aussi quand, il y a presque dix ans, Guersant dut obéir au règlement rigoureux, mais utile, qui mit une limite à l'exercice du corps médical des hôpitaux, il put utiliser ses loisirs et consigner les fruits de ses travaux dans une série de *Notices sur la chirurgie des enfants*, dont la collection forme un volume important.

Dès l'abord, la Société de chirurgie avait distingué le chirurgien habile, le collègue simple et de bons rapports, le travailleur actif et l'homme honorable. Neuf années après sa fondation, elle l'appelait à sa plus haute dignité et lui décernait son plus grand honneur. Paul Guersant fut président de la Société impériale de chirurgie de Paris pendant l'année 1852-53.

En descendant du fauteuil, il rentra, pour de longues années, dans les rangs des membres les plus assidus à nos séances. C'est seulement il y a cinq ans qu'il demanda l'honorariat, et cependant il nous restait fidèle. Avant nos vacances, il siégeait parmi nous; nous l'attendions au retour.

Ignorant sa maladie, la douloureuse nouvelle de sa fin nous a surpris au dernier moment. Nous n'avons pas voulu néanmoins que la Société de chirurgie restât muette sur la tombe encore ouverte d'un homme qui l'avait bien servie et qu'elle avait honoré en retour, et nous

sommes venus ici déposer nos derniers hommages et dire nos profonds regrets à tous ceux qui ont connu et aimé Paul Guersant.

COMMUNICATION

M. DE SAINT-GERMAIN. J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie le résultat de quelques observations prises dans mon service, et relatives à l'application de l'électricité au travail de l'accouchement, et surtout à la délivrance. Les observations qui accompagnent ce travail sont malheureusement peu nombreuses (je n'en ai pu recueillir que 12); aussi vous prierai-je de voir, dans cette communication peut-être prématurée, non pas un enthousiasme irréfutable pour une méthode encore à l'essai, mais, au contraire, le désir de soumettre à l'expérience de mes collègues des faits dont l'étrangeté m'a frappé, afin d'être fixé sur leur valeur et sur l'opportunité de continuer l'expérimentation commencée.

Je dois l'avouer d'abord, c'est tout à fait fortuitement que j'ai été amené à essayer l'action des courants interrompus sur la marche du travail.

Chargé d'un article pour le nouveau Dictionnaire de médecine, article qui devait résumer l'état de nos connaissances en fait d'électricité chirurgicale et obstétricale, je me trouvais de suite fort à l'aise pour la première partie de la question. Mais quand il s'agit de la seconde, je fus fort embarrassé. Si l'on consulte, en effet, les traités d'accouchements que nous avons entre les mains, on voit bien que Kreiber et Kilian ont tenté l'emploi de l'électricité pour provoquer l'accouchement; que M. P. Dubois a répété ces expériences sans le moindre succès. On trouve même dans le *Traité pratique des accouchements*, de Nagelé, publié cette année même, un résumé des travaux de Dorrington et de Hennig, ainsi que des expériences de Simpson; mais là encore, le but proposé est de provoquer l'accouchement, et le résultat est aussi peu satisfaisant que possible.

En présence de cette pénurie de documents, je résolus d'expérimenter par moi-même l'action de l'électricité sur le travail de l'accouchement. Je transportai au pavillon de Cochin un appareil de Rutherford, et je commençai une série d'essais, dont je vous donnerai bientôt le résultat.

Dès les premières expériences, je fus tellement frappé de l'action du courant et sur les contractions utérines et sur l'expulsion du placenta, que je croyais presque à la découverte de faits entièrement nouveaux, lorsque mon interne, M. Suchard, qui déjà avait eu

la complaisance de faire pour moi de vaines recherches, m'apporta les publications de Barnes et de Radfort, remontant en 1854 et traitant *in extenso* le sujet qui nous occupait.

Voici le résumé de ces intéressantes publications : Barnes emploie le galvanisme en haine du seigle ergoté, dont il proscriit l'emploi de la manière la plus absolue. Il conseille l'application de l'électricité à toutes les périodes du travail, et la recommande surtout dans l'inertie utérine.

Il blâme le procédé qui consiste à placer un des pôles sur le col et l'autre dans la région lombaire. Il applique constamment les deux pôles sur les parties latérales de l'abdomen, et ne se sert que du courant interrompu.

Il ne se contente pas d'appliquer le galvanisme à l'accouchement à terme ; il le conseille également pour provoquer l'accouchement ; mais il fait observer que, dans ce cas, l'application doit être de très-longue durée.

Radfort va plus loin ; il se loue d'avoir appliqué l'électricité au traitement des hémorrhagies internes ou externes consécutives à l'accouchement.

Notons que Barnes et Radfort déclarent tous deux n'avoir jamais constaté d'accidents chez le fœtus, même après des électrisations prolongées.

Après avoir pris connaissance des faits que je viens de rapporter, je continuai mes essais, et voici quelles sont les conclusions que nous avons pu tirer de nos expériences :

1° En aucun cas nous n'avons pu faire naître des contractions utérines, alors qu'elles n'avaient pas encore spontanément paru ; ce qui, soit dit en passant, expliquerait assez bien le discrédit dans lequel est tombé le courant électrique dans l'accouchement provoqué.

2° Chaque fois que, le travail étant commencé, et les douleurs se succédant à un quart d'heure ou vingt minutes d'intervalle, nous avons appliqué les conducteurs sur les parties latérales de l'abdomen, nous avons constamment remarqué, et cela au bout d'un temps très-court (dix minutes environ), une accélération considérable dans les contractions utérines.

3° Nous avons également constaté que chaque contraction provoquée par l'électricité était beaucoup plus longue et beaucoup plus douloureuse que les autres.

4° La dilatation du col nous a paru marcher constamment avec rapidité, sous l'influence de l'excitation galvanique.

5° Dans tous les cas observés par nous jusqu'ici, et j'insiste spécialement sur ce fait, qui n'a point été signalé, même par Barnes et Radfort, l'expulsion du placenta a suivi immédiatement celle de l'enfant ;

Soit qu'il ait été pour ainsi dire projeté spontanément en dehors de la vulve aussitôt après l'issue de l'enfant, soit qu'il ait été trouvé aussitôt après dans le vagin, et attiré au dehors sans la moindre traction.

6° Deux fois seulement, nous avons constaté sur l'enfant nouveau-né une coloration légèrement bleuâtre ; encore sur ces deux cas, la cyanose pouvait-elle être attribuée une fois à un circulaire très-serré.

En résumé, sans partager l'enthousiasme excessif de Barnes pour l'application de l'électricité à l'accouchement à terme, nous croyons que cette méthode mérite d'être soumise à une longue et sévère expérimentation, et que si de nouvelles et nombreuses expériences viennent confirmer les résultats obtenus par les premiers, l'application du courant électrique à l'expulsion rapide du placenta pourra être considérée comme un progrès.

RAPPORT

Plaie de l'artère fessière. — M. DESPRÈS fait un rapport verbal sur une observation de plaie de l'artère fessière adressée, il y a quelques mois, par M. le docteur Dewalz. A la suite d'hémorragies graves et répétées, qu'on avait tenté d'arrêter par la compression et l'application immédiate de bourdonnets de charpie imbibée de perchlorure, il s'était développé une violente inflammation, suivie de la formation d'un abcès. M. Dewalz, appelé par ses confrères, se disposa à faire la ligature du tronc de la fessière. Il ouvrit l'abcès par une large incision ; mais, constatant que l'hémorrhagie s'était spontanément arrêtée, il ne crut pas devoir poursuivre plus loin son opération. Le malade guérit.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. J'ai eu à observer, il y a quelque temps, mais dans une autre région, un cas analogue. Un malade, à la suite d'un érysipèle et de la mortification d'une partie de la paroi latérale de la poitrine, au-dessus du sein gauche, vit se former à ce niveau une tumeur pulsatile, due probablement à la rupture d'une intercostale. Voulant couper court à l'hémorrhagie, je fis une grande incision, afin de lier l'artère ouverte ; ne pouvant parvenir à saisir les bouts du vaisseau, je fis faire la compression au niveau du point

d'où provenait le sang, en y tenant appliqué constamment le doigt d'aides, qui presque tous étaient étrangers à la pratique médicale. L'hémorrhagie ne se reproduisit pas, et la guérison fut complète.

M. LÉON LE FORT. L'arrêt à peu près spontané de l'hémorrhagie est interprété par M. Desprès comme une preuve de l'intégrité de l'artère fessière. D'après notre collègue, l'hémorrhagie aurait été produite par la lésion d'une branche de cette artère. L'observation n'autorise pas à se prononcer ni pour ni contre l'existence d'une blessure de l'artère elle-même. Si je me rappelle bien les faits, qui, du reste, ont été publiés dans une thèse inaugurale, on avait employé le perchlorure, et amené une vive inflammation, suivie de suppuration. J'ai dit, en parlant des anévrysmes du tronc brachio-céphalique, que l'inflammation consécutive à une plaie voisine d'une artère anévrysmatique peut amener la guérison de l'anévrysme, et j'ai cité les faits de Peixoto et de Porter ; je crois qu'il peut en être de même d'une artère ouverte. Dans le cas de M. Dewalz, l'inflammation de cette vaste poche a pu amener l'oblitération de la fessière ouverte lors de la blessure.

M. DESPRÈS. Un cas cité par M. Dolbeau, dans son article *Aisselle* du *Dictionnaire encyclopédique*, montre qu'une grosse artère comme l'axillaire, rompue dans une tentative de réduction de luxation de l'épaule, ayant donné naissance à un anévrysme, suivi d'inflammation, de suppuration, de gangrène du sac, a pu s'oblitérer spontanément, car, lors de l'ouverture, il n'y eut aucune hémorrhagie, et le malade guérit.

M. GIRALDÈS. Dans l'observation telle qu'elle nous a été lue il y a quelques mois, on s'occupait beaucoup de la question de savoir s'il fallait chercher à lier les bouts de l'artère coupée, en les recherchant au fond de la plaie, ou s'il fallait recourir à la ligature de l'artère iliaque interne. Je regrette que le rapport verbal ne dise rien des préoccupations du chirurgien quant à la conduite à tenir dans le cas où l'hémorrhagie ne se serait pas spontanément arrêtée. Rien ne prouve, dans l'observation, que l'artère fessière elle-même ait été ou non ouverte. M. Desprès cite un cas d'oblitération spontanée de l'artère axillaire ; le fait n'est pas aussi probant qu'on le croit. Quand on n'est pas témoin oculaire des faits, il faut une grande réserve, car on peut prendre comme hémorrhagie provenant d'une artère principale, celle qui est amenée par la blessure d'une branche peu volumineuse. Ainsi, il y a quelques années, notre collègue M. Boinet envoya à l'hôpital Saint-Louis, où j'étais alors, un malade qui venait de recevoir un coup de canif dans l'aisselle. Il s'était

formé une tumeur du volume de la tête d'un fœtus, mais elle n'avait pas les caractères précis d'un anévrysme. Je devais attendre, j'attendis. L'inflammation s'empara de la tumeur; je l'ouvris largement, afin de lier les deux bouts de l'artère lésée, et je reconnus, pendant l'opération, que l'hémorrhagie, loin de venir de l'axillaire elle-même, provenait d'une branche de la scapulaire. Je la liai : le malade guérit.

M. DESPRÈS. Je ne suis pas entré dans mon rapport verbal dans tous les détails de l'observation. M. Dewalz n'a rien trouvé qu'un vaste foyer de suppuration, et il est difficile d'admettre que, si l'artère fessière elle-même eût été blessée, on n'eût pas trouvé en quelque point un caillot plus ou moins volumineux, qui eût indiqué l'endroit précis de la blessure de cette artère.

Opération de cataracte sur un Âne. — M. HERVEZ DE CHÉGOIN. La Société de chirurgie ne s'occupe pas d'ordinaire de médecine vétérinaire; cependant, comme j'ai fait, il y a quelques jours, une opération qu'on ne pratique d'ordinaire que sur l'homme, je crois pouvoir vous la résumer.

Le patient était un ancien serviteur, vieux, bien qu'il ne soit âgé que de 21 ans; il est vrai qu'il s'agit d'un âne. Je voulus le débarrasser d'une cécité qui devait certainement lui être pénible, et je voulus pratiquer l'abaissement de sa cataracte.

Outre que nos élévateurs ordinaires ne pouvaient guère servir, il nous fallut en fabriquer un troisième tout spécial, pour retenir la membrane clignotante, qui nous créait un obstacle tout spécial. Le reste de l'opération fut fait comme à l'ordinaire; mais la mollesse du cristallin, la largeur de la pupille, firent qu'une partie de la cataracte passa dans la chambre antérieure; mais elle disparut plus tard par absorption. La guérison fut complète, et le patient put, sans le secours de verres biconvexes, dont l'usage dans ce cas eût été difficile, vaquer à son occupation principale, celle de chercher sa nourriture. Ce que j'ai noté de particulier dans ce cas, c'est l'écoulement d'une telle abondance de larmes au moment de l'opération, que plusieurs linges en furent complètement humectés.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1869.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *Le Sud médical*;

— *Traité de l'immobilisation directe des fragments osseux dans les fractures*, par le docteur Béranger-Féraud. In-8°, 1869

— M. LARREY offre à la Société le Discours qu'il a prononcé à l'inauguration de la statue de Dupuytren, le 17 octobre 1869, à Pierre-Buffière.

COMMUNICATION

Opération du phimosis. — M. DUBOUÉ. Quelque précaution que l'on prenne pour exciser, du même coup, la peau et la muqueuse du prépuce, il arrive très-souvent que la section de la peau dépasse notablement les limites atteintes par la section de la muqueuse. Il s'agit donc de reprendre celle-ci en sous-œuvre, de l'exciser avec soin au niveau de la peau, pour pratiquer une circoncision convenable et obtenir une correspondance parfaite des deux lignes de section. Ce temps de l'opération n'est pas bien difficile ; mais on serait certainement bien aise de pouvoir le supprimer pour soi, et surtout pour le patient. Voici quel est le procédé.

On commence par inciser longitudinalement le prépuce dans toute son épaisseur, depuis le limbe jusqu'à la couronne du gland. Cette incision, qui doit porter sur la face dorsale et sur la ligne médiane, peut être faite, d'après le procédé ordinaire, avec un bistouri droit et la boulette de cire classique, ou, mieux encore, avec une paire de ciseaux droits et mousses.

Cette première incision nous donne deux valves préputiales : l'une droite et l'autre gauche, dont l'écartement facile permet de voir à nu toute l'étendue de la face muqueuse. On saisit alors, avec le pouce et l'indicateur de la main gauche, l'une de ces valves, la droite par exemple, et on la saisit dans le voisinage de la plaie et du sillon balano-préputial, de façon à ce que la peau et la mu-

queuse reprennent leurs rapports naturels, ce que l'on voit très-bien par l'inspection des deux lèvres muqueuse et cutanée de la plaie.

Le côté droit du prépuce étant ainsi pincé avec deux doigts et tenu dans cette position fixe, on prend de l'autre main un fil ciré et assez gros, long de 40 ou 50 centimètres, et préalablement armé de trois aiguilles droites ou courbes. A l'aide d'une aiguille tenant à l'un des chefs du fil, on pique et l'on traverse le prépuce perpendiculairement à sa surface et de dedans en dehors, c'est-à-dire de la face muqueuse vers la face cutanée. La piqure doit porter de 1 à 2 millimètres, en dehors ou au-dessous (la verge étant supposée tendue et en érection) du point où se termine l'incision, vers le voisinage de la couronne du gland. Avec l'aiguille tenant à l'autre chef, on traverse encore le prépuce, toujours de dedans en dehors et au niveau de la rainure du gland; mais cette fois la piqure porte immédiatement sur le côté droit du frein. — On prend enfin la troisième aiguille, celle qui était au milieu du fil, et on traverse encore le prépuce de dedans en dehors, et toujours sur le même sillon balano-préputial. Cette troisième piqure doit être faite à égale distance des deux autres, de façon à diviser la valve correspondante en deux segments égaux, l'un antérieur et l'autre postérieur.

Aussitôt que la dernière aiguille a traversé le prépuce, on coupe l'anse de fil qu'elle entraîne, et l'on a ainsi deux fils au lieu d'un, et ces deux fils forment deux courbes qui se regardent par leur convexité (1).

Cela fait, on tire légèrement un de ces fils par un des chefs, de manière à bien reconnaître l'autre chef. Ces deux chefs une fois bien reconnus, on ramène l'un du côté du pubis et l'autre du côté de l'extrémité antérieure de la verge, ou, l'une à droite et l'autre à gauche; puis on les confie à un aide qui tend le fil en tirant en sens inverse sur les deux bouts. On répète la même manœuvre pour le second fil, et l'on confie les deux nouveaux chefs au même aide, de telle sorte que ce dernier tire à la fois d'une main sur les deux chefs antérieurs, et de l'autre main sur les deux chefs postérieurs des deux fils.

(1) Pour plus de clarté, on n'a qu'à tracer, sur une feuille de papier, une conférence qui représente une coupe en travers de la peau de la verge et à indiquer, d'après la description ci-dessus, le trajet suivi par ces deux fils. Je fais ici la même remarque que pour les descriptions qui vont suivre.

Si l'on a bien compris cette manœuvre, bien plus difficile à expliquer qu'à suivre, on voit : 1° que chaque fil figure une sorte d'S italique; 2° que, sur chaque fil, l'une des courbures de l'S est fixée par deux points, et l'autre courbure par un seul; 3° que la réunion des deux fils figure une sorte de 8 de chiffre dans les boucles duquel se trouve emprisonnée la moitié de la base du prépuce.

Les deux fils étant ainsi tendus, le chirurgien tord assez fortement l'un sur l'autre les deux chefs correspondants, pendant que l'aide tord les deux autres chefs en sens inverse. On ferme ainsi véritablement les deux boucles du 8 de chiffre, et le prépuce se trouve étreint entre deux fils situés au même niveau, l'un sur la face cutanée et l'autre sur la face muqueuse.

L'aide tend ensuite, avec les deux mains, les extrémités des fils ainsi tordus, pendant que le chirurgien saisit et tend, avec les doigts de la main gauche, toute la valve préputiale et résèque toute la moitié du prépuce en se guidant constamment sur le fil, et en faisant partir la section à 2 millimètres environ au-dessus du fil lui-même.

Cette section peut être très-rapide et doit être faite avec des ciseaux droits. Si on avait quelques difficultés à bien engager le segment antérieur de la valve préputiale dans la boucle correspondante du 8 de chiffre, rien ne serait plus facile que d'y remédier. Il suffirait de pratiquer une petite encoche verticale sur la limbe du prépuce. Cette encoche, de quelques millimètres, serait faite avec des ciseaux mousses, en rasant le côté correspondant du frein. Dans l'opération que j'ai faite, je n'ai pas dû recourir à cette petite incision.

Comme le chirurgien ne voit que l'un des fils appliqués sur le prépuce, on pourrait craindre que le fil qu'il ne voit pas vint à être coupé pendant que l'excision du prépuce est pratiquée. Mais comme ces fils, à la suite de la double torsion qu'ils ont subie, doivent être forcément au même niveau, on peut être sûr que si on respecte l'un des fils, on respectera l'autre tout aussi sûrement.

Tout ce que je viens de dire pour l'une des valves préputiales, pour la valve droite, s'applique exactement à la valve gauche. On répète donc, pour celle-ci, identiquement la même manœuvre. Je ferai observer seulement qu'il me paraît plus opportun de placer les fils des deux côtés, dans un premier temps de l'opération, puis de pratiquer la section des deux côtés, dans un second temps. Cette seconde partie de l'opération étant beaucoup plus douloureuse que la première, on pourrait, pour être sûr de la mieux

exécuter, soumettre au chloroforme les malades pusillanimes ou indociles. On pourrait encore, quoique je ne l'aie pas fait chez le malade que j'ai opéré, modifier légèrement le premier temps, et ne se servir que d'un seul fil, long de 90 centimètres à 1 mètre, et armé de cinq aiguilles. On ne ferait ainsi que cinq piqûres au lieu de six.

Reste enfin le mode de réunion, qu'on peut, une fois les fils déroulés, opérer de trois façons : 1° à la manière ordinaire, avec des serre-fines. 2° En divisant, une fois la section du prépuce terminée, chaque fil en deux moitiés. On aurait ainsi huit fils, dont deux deviennent inutiles, un de chaque côté de la verge. Il resterait donc à faire six points de suture à points séparés. C'est là le projet que j'avais conçu avant de faire l'opération. 3° En nouant *lâchement*, deux à deux et par un double nœud, les deux fils qui se correspondent dans le voisinage de chaque piqûre ou qui sortent par une même piqûre. Je dis qu'il faut les nouer *lâchement*, parce qu'il faut s'attendre à voir survenir plus ou moins de gonflement de la peau de la verge dans le voisinage de la section. On a de la sorte quatre nœuds que j'appellerai : l'un dorsal ; l'autre, nœud du frein, et les deux autres, latéral droit et latéral gauche. Ce dernier mode de réunion est celui que j'ai adopté, séance tenante, dans le cas que je vais relater succinctement.

Telle est l'opération que j'ai pratiquée, il y a quelques jours à peine, et à laquelle je donnerais volontiers le nom de procédé du *fil conducteur*, si on me permettait de risquer ce mot.

Après les détails qui précèdent, il ne me reste plus qu'à mentionner, en quelques mots, l'observation récente que j'ai recueillie. C'est le 16 de ce mois d'octobre (1869) que j'ai opéré le nommé B..., soldat au 38^e de ligne, âgé de 23 ans, et entré à l'hôpital de Pau huit jours auparavant, pour une petite fièvre éphémère sans importance. J'ai attendu, pour l'opérer, qu'il fût bien remis de cette légère affection, et c'est le 16 octobre que j'ai pratiqué l'opération avec l'aide de mon confrère, M. Coneylas, interne du service. Les longs développements que j'ai exposés un peu plus haut me dispensent d'entrer dans de nouveaux détails. Je me bornerai à dire que j'ai exécuté point par point, et sans la moindre difficulté, le manuel opératoire que je m'étais promis de suivre. Le résultat immédiat de l'opération a donné tout ce que j'en attendais, une plaie circulaire d'une régularité parfaite et intéressant partout au même niveau la muqueuse et la peau du prépuce.

Après avoir pratiqué les quatre doubles nœuds dont j'ai parlé et

leur avoir laissé une assez grande cavité, de manière à éviter et même à prévenir toute constriction, j'ai vu que les deux lignes sanglantes limitant la peau et la muqueuse préputiales avaient une tendance naturelle à se rapprocher. En certains points même, et surtout à la face dorsale, le rapprochement était parfait. Sur les côtés du frein, il y avait un écrasement variant suivant les points, de 2 à 4 millimètres. De petites compresses d'eau froide sont appliquées sur la plaie.

Le 17 octobre au matin, une réunion immédiate s'était opérée dans presque toute l'étendue de la circonférence supérieure; ce n'est que sur les côtés du frein qu'on voit un écartement variant de 2 à 5 centimètres. Seulement, le gonflement que j'avais prévu s'est produit sur toute la circonférence sectionnée. Ce gonflement a fait que le nœud latéral droit s'est enfoncé dans l'épaisseur du prépuce. Pour dégager ce nœud, je soulève, avec des ciseaux mousses et fermés, le fil intermédiaire à ce nœud latéral droit et au nœud dorsal, fil qui se trouve caché dans la rainure balano-préputiale. Puis, tirant légèrement sur ce fil, je dégage, sans la moindre difficulté, le nœud enfoncé dans les chairs, et je sectionne le fil en deux points près du nœud dorsal et près du nœud du frein. Je laisse intacts les fils qui restent. Il en résulte que la suture persiste sur toute la demi-circonférence gauche du prépuce. Ce n'est que le lendemain, 18 octobre, en voyant la plaie aux trois quarts fermée, que j'enlève ces fils. Je sectionne d'abord les nœuds dorsal et du frein, puis je tire sur le nœud latéral gauche. — Pansement simple.

Le 19 octobre, dernier jour où j'ai vu notre opéré, la réunion s'est maintenue; il reste toujours le même écartement des lèvres de la plaie, de chaque côté du frein. Mais, sans nul doute, la cicatrisation de cette petite plaie n'aura pas mis plus de quelques jours à se compléter.

Tel est le procédé nouveau que je viens d'employer et auquel on pourrait recourir, même dans les cas où l'on aurait oublié sa trousse. Il me paraît donc avoir le double avantage de n'exiger qu'un appareil instrumental des plus simples et de permettre d'exciser sûrement, et du même coup, la muqueuse et la peau du prépuce, au même niveau.

M. CHASSAIGNAC. La préoccupation de M. Duboué a été celle de beaucoup de chirurgiens : sectionner en même temps et au même niveau la peau et la muqueuse. Je crois avoir résolu la difficulté par le procédé que je mets en usage. Il consiste à introduire, entre le prépuce et le gland, les deux branches d'une pince à pansement, à

dilater et à tendre le prépuce par l'écartement des mors de la pince. Cela fait, je passe une aiguille qui traverse le prépuce et maintient en rapport la muqueuse et la peau. Il ne reste plus qu'à sectionner rapidement les parties avec un bistouri pour terminer l'opération, qui, faite de cette manière, donne toujours un bon résultat.

M. BLOT. Le procédé de M. Chassaignac n'est pas toujours applicable, car, lorsque l'orifice préputial est trop étroit, il est impossible, surtout chez les enfants, d'introduire une pince à pansement, et même parfois une simple pince à disséquer.

M. CHASSAIGNAC. On peut presque toujours, même lorsque l'orifice est des plus étroits, introduire une sonde cannelée; du reste, s'il en était besoin, on ferait une petite moucheture sur la partie rétrécie.

M. LÉON LE FORT. Les précautions prises dans l'opération du phymosis ont deux buts : couper la peau et la muqueuse là où on désire les sectionner et se mettre à l'abri du glissement des deux feuillets l'un contre l'autre; pratiquer la section de la muqueuse le plus près possible de la rainure glando-préputiale. Ce dernier point ne me préoccupe pas; je crois au contraire qu'il vaut mieux laisser un bourrelet de muqueuse qu'on rabat à la rencontre de la peau, et les parties s'adaptent si bien, que, dans un bon nombre des opérations de phymosis que j'ai eu l'occasion fréquente de faire à l'hôpital du Midi, j'ai pu souvent m'abstenir de tout moyen de réunion, suture et serre-fines, et j'ai obtenu des réunions par première intention.

M. TRÉLAT. Le procédé que j'emploie ressemble beaucoup à celui de M. Chassaignac. Je pratique sur le dos du prépuce une incision qui comprend la peau et la muqueuse, l'écartement des parties donne à l'incision la forme d'un V; j'immobilise les lèvres de l'incision en passant deux fils à la base du V, et je pratique l'ablation, soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux. Bien que ce procédé me donne d'excellents résultats, j'obtiens très-difficilement la réunion par première intention.

Dans beaucoup de circonstances, j'ai rencontré chez les enfants une disposition peu connue et sur laquelle je crois devoir appeler l'attention : ce sont des adhérences assez solides existant entre le gland et le prépuce. Presque toujours il est facile de les détruire avec une sonde cannelée ou la tête d'une longue épingle, mais la séparation amène assez souvent, même dans ces conditions, un petit suintement de sang qui indique que l'adhérence n'était pas due à un simple accollement. Il reste une surface avivée, ayant l'as-

pect d'une muqueuse dépouillée de son épithélium, et en effet, ce qui existe, c'est une sorte de fusion de l'épithélium du gland avec celui du prépuce.

M. BLOT. Lorsque j'ai parlé de la difficulté d'introduire un instrument entre le prépuce et le gland et de la présence assez fréquente d'adhérences, j'avais en vue non des nouveau-nés, mais des enfants de 3, 4 et 5 ans.

Quant à la réunion par première intention après l'opération de phimosis, elle est obtenue assez souvent dans la circoncision hébraïque; elle n'est pas rare chez les enfants, et, si ce qu'a dit M. Le Fort me paraît exact pour eux, cela me paraît plus étonnant chez l'adulte. Il est nécessaire de faire une distinction, si l'on veut rester dans la parité des faits et des observations.

M. DEMARQUAY. Comme M. Chassaignac, je crois qu'il faut fixer et tendre le prépuce; pour cela, je me sers de deux pinces à torsion avec lesquelles je saisis le prépuce en deux points opposés. Cela fait, je passe deux fils qui traversent et fixent la peau et la muqueuse, je fais l'excision avec le bistouri, après quoi je fends ce qui reste de muqueuse jusqu'à la rainure glando-préputiale.

Si l'on veut obtenir la réunion par première intention, il faut arrêter avec soin tout écoulement de sang, et c'est ce que l'on obtient avec assez de difficulté pour rendre assez sûre la réunion primitive. Cet écoulement de sang peut même prendre les proportions d'une véritable hémorrhagie. Dans un cas que j'eus l'occasion d'observer à l'hôpital du Midi, une hémorrhagie fournie par une artériole du frein, par son abondance, mais aussi par sa longue durée, fut assez sérieuse pour me faire craindre la mort du malade, quand je fus appelé auprès de lui par le médecin interne de garde.

M. GIRALDÈS. Le fait signalé par M. Trélat s'observe fréquemment. On m'amène assez souvent des enfants atteints, disent les parents, d'un vice de conformation. Le prépuce, quoique assez large, ne peut être ramené complètement en arrière, et remplit à peu près les conditions de la capsule par rapport au gland de chène. Si l'on complète la rétraction, il n'est pas rare de voir survenir un petit écoulement de sang, sans importance pratique, mais qui indique l'existence de véritables adhérences. On observe assez souvent, de même chez les petites-filles, de prétendues imperforations vulvaires, qui ne sont autre chose que de légères adhérences des petites lèvres entre elles, adhérences qu'on détruit de même assez facilement par décollement. Il faut, dans le phimosis, distinguer l'atréisie de l'orifice et celle du canal préputial: pour ma part, je ne

vois guère, même chez les enfants, de réunion par première intention, et si elles sont, comme le dit M. Blot, assez fréquentes après la circoncision, c'est sans doute que les rabbins opèrent sur des enfants ayant un prépuce normal.

M. SÉE. Les adhérences dont parle M. Trélat sont tellement fréquentes, que chez les israélites il est d'usage dans la circoncision de passer au préalable un stylet autour du gland, afin de s'assurer de l'absence d'adhérences. Quant au procédé mis en usage, non par des rabbins, mais par des opérateurs spéciaux, il est très-simple. Le prépuce, saisi de la main gauche, est tiré en avant et suffisamment tendu; cela fait, on applique une pince en avant du gland et on sépare le prépuce d'un coup de bistouri. Il reste un lambeau circulaire de la muqueuse préputiale; autrefois ce lambeau était saisi entre les deux pouces et les deux index, et déchiré; aujourd'hui on a renoncé à cette manœuvre, qui était parfois cause de mortification partielle, et l'on fait la section avec des ciseaux. Du reste, même dans la circoncision pratiquée par les opérateurs israélites, il y a parfois des accidents, surtout des hémorragies; aussi beaucoup de familles tiennent à ce que leur médecin assiste à l'opération.

M. LÉON LE FORT. La fréquence des réunions par première intention et des réunions rapides, après l'opération du phimosis telle que je la pratique, semble étonner plusieurs de nos collègues. Il s'agit cependant d'adultes, et elle sera observée assez fréquemment, si, au lieu de chercher à exciser la muqueuse à sa base, on en conserve une partie qui, rabattue sur la peau, s'applique parfois si exactement, qu'il n'est pas besoin de sutures. Loin de faire la circoncision complète, je crois qu'il faut n'enlever que l'anneau ou le canal préputial rétréci.

M. PANAS. Pour employer le procédé de M. Duboué, il faut passer des aiguilles jusqu'à la base du prépuce: cela est difficile, car l'aiguille pique tantôt le gland, tantôt la muqueuse préputiale, et l'on n'arrive pas où l'on veut. J'ai essayé de coiffer la pointe de l'aiguille d'une petite boulette de cire, mais sans bon résultat; ce qui m'a amené à inventer la pince que j'ai présentée l'année dernière à la Société de chirurgie. L'un des mors de cette pince peut être glissé dans le canal du prépuce et est mené jusqu'à sa base; l'autre mors est garni d'une pointe qui traverse la muqueuse et la peau, et qui est serrée au moyen d'une vis de pression. La réunion par première intention est pour moi celle qui se fait dans les vingt-quatre heures, et qui après ce temps laisse une cicatrice linéaire,

parfaite et si mince, qu'on a peine à l'apercevoir ; pour l'obtenir, il faut un affrontement exact des parties, il faut qu'il n'y ait aucun œdème, car sans cela la cicatrice, qui semblait déjà obtenue, se désunit, et la plaie suppure.

Vidal de Cassis, avec les serre-fines, obtenait des réunions par première intention, mais il se servait de précautions sur lesquelles j'appelle souvent l'attention de mes élèves. Elles consistent à ne pas laisser les serre-fines en place au delà de quelques heures, et à les enlever au plus tard à cinq heures du soir, lorsque l'opération a été faite à six heures du matin. Sans cette précaution, la place de chaque serre-fine est marquée par une petite eschare ; or, lorsque le travail d'inflammation qui doit amener l'élimination survient, cette inflammation amène le décollement de la cicatrice.

Pour qu'il y ait réunion, il faut aussi que tout écoulement de sang soit arrêté, et surtout qu'il n'y ait pas d'hémorrhagie ; ce qui a lieu lorsqu'on a sectionné près du filet une trop grande quantité de tissus. Après avoir décrit l'anatomie de la région et la disposition de l'artère du frein, M. Panas montre que l'hémorrhagie sera plus ou moins grande, selon qu'on aura sectionné une des branches ou le tronc de cette artère.

M. TRÉLAT. Une note que me fait passer M. Krishaber me fait savoir que le docteur Bokaï, chirurgien de l'hospice des Enfants à Pesth, a publié, en 1862, un mémoire basé sur des observations d'adhérences contre le prépuce et le gland chez les nouveau-nés : mémoire qu'il avait prié M. Krishaber de traduire et de faire connaître en France.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Altération syphilitique des poumons sur un nouveau-né.

— M. DEPAUL. La femme qui fait le sujet de cette observation est une domestique, nommée Armande V..., âgée de 28 ans. Entrée à l'hôpital le 18 octobre, à six heures du soir, elle a dit qu'elle était primipare, qu'elle n'avait eu aucune maladie pendant sa grossesse, et enfin qu'elle n'était enceinte que de huit mois. Son accouchement a eu lieu d'une manière naturelle le même jour, à huit heures et demie du soir, après avoir perdu prématurément les eaux de l'amnios et après avoir souffert pendant vingt-trois heures et demie. Son enfant, du sexe féminin, pesant 2,470 grammes seulement, est né dans un état de faiblesse très-marquée ; sa respiration était irrégulière, haletante, sa poitrine violacée ; il succomba le len-

demain 19 octobre, à sept heures du matin, après avoir vécu ainsi pendant dix heures et demie. Ce jour-là même, voulant me rendre compte de l'accouchement avant terme de la mère et de la mort de l'enfant, j'examinai soigneusement cette malade, et je trouvai des plaques muqueuses en grand nombre à la face interne des grandes lèvres, des papules de couleur cuivrée à la face palmaire des deux mains, de la rougeur au côté droit de la gorge, et enfin la pléiade ganglionnaire aux plis des aines. Je pus constater encore que les cheveux tombaient avec la plus grande facilité. Interrogée sur l'origine des lésions dont elle est affectée aux parties génitales et à la main, cette femme répond qu'il n'y a que trois ou quatre mois qu'elle s'est aperçue de quelque chose; qu'elle n'a jamais été malade auparavant, mais qu'elle est fort peu soigneuse de sa personne, et elle a fort bien pu ne pas voir l'accident primitif, qui doit remonter à une époque beaucoup plus reculée que celle dont elle parle. Au reste, les réponses embarrassées de cette femme ne permettent pas d'ajouter une confiance entière à ses déclarations.

A l'autopsie de l'enfant, on constate que la majeure partie des vésicules pulmonaires n'a pas été distendue par l'air; de plus, on rencontre dans le tissu du poumon un grand nombre de ces indurations de couleur jaune clair, grosses comme de petites noisettes, et que j'ai décrites pour la première fois dans un mémoire lu à l'Académie en 1851, et inséré dans ses mémoires (*Gazette des Hôpitaux*, 1853). A la coupe du foie, on trouve aussi un noyau de tissu hépatique induré, un peu plus jaune que le tissu ambiant. La peau, le thymus et les cavités du péricarde et du péritoine n'offrent du reste aucune lésion.

M. Cornil, qui a fait l'examen histologique du poumon, m'a remis la note suivante :

Les lobules indurés de ce poumon, examinés sur des sections minces après le durcissement dans l'alcool, montrent les particularités suivantes :

Les cloisons interalvéolaires sont extrêmement épaisses, et les alvéoles sont très-étroites.

Les cloisons sont composées par un tissu conjonctif embryonnaire, montrant des vaisseaux et de très-nombreux corpuscules embryonnaires. Elles sont tellement épaisses en certains points, que les cavités alvéolaires sont tout à fait effacées.

Les alvéoles pulmonaires, rétrécies, sont remplies de cellules épithéliales, de globules de pus, et de ces menus éléments ayant subi la dégénérescence graisseuse.

On n'a pas oublié les divergences considérables d'opinions qui existent sur le point de savoir si un enfant syphilitique présente des traces visibles de la maladie au moment de la naissance, ou si ces traces n'apparaissent que plus tard. M. Ricord, sous l'influence de ses théories sur l'évolution de la syphilis acquise, a soutenu qu'un enfant congénialement syphilitique ne présentait pas généralement à la naissance de traces de la maladie. Il y a fort longtemps que j'ai démontré que la syphilis congénitale se traduit, au contraire, au moment de la naissance, par de certaines lésions; que ce fait se rencontre 80 fois sur 100; mais que si ces lésions ont été méconnues, c'est qu'on ne savait pas les trouver.

Il y a 40 ans, lorsqu'on rencontrait, à l'autopsie d'un nouveau-né, des altérations pulmonaires semblables à celles que je soumetts à la Société, on les regardait comme des tubercules, ou comme l'indice d'une pneumonie fatale, ou intra-utérine. Quant à moi, je n'ai jamais trouvé ces lésions que sur des enfants nés de mères syphilitiques, et j'ai montré leur véritable valeur dès 1837, *Bulletin de la Société anatomique*, t. XII; tantôt elles siègent dans le poumon, d'autres fois dans le thymus, et M. Gubler les a constatées dans le foie.

Dans le fait dont je présente l'observation, comme dans beaucoup d'autres, les enfants meurent, faute que l'air ne peut pénétrer dans leurs poumons par suite de la présence de ces altérations spécifiques.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1869

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine :

PRIX LABORIE

La Société a reçu, pour le concours de cette année, cinq mémoires. Quatre sont accompagnés de plis cachetés renfermant les noms

des candidats ; le cinquième mémoire est signé du nom de son auteur. La Société décide qu'à l'avenir, chaque manuscrit devra lui être adressé sous les formes académiques, c'est-à-dire non signé, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom du candidat.

La Société croit devoir rappeler les dispositions suivantes :

Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année, dans la séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier), à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

Les auteurs sont libres de choisir le sujet de leurs mémoires ; toutefois, la Société indiquera, *tous les six ans*, un sujet de mémoire, pris parmi les points de chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

Tous les docteurs et élèves en médecine français et étrangers sont admis à prendre part au concours.

Les mémoires écrits en français ou en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le secrétaire général de la Société impériale de chirurgie, rue de l'Abbaye, n° 3, à Paris, avant le 1^{er} novembre de chaque année.

Le sujet pour les concours se terminant au 1^{er} novembre des années 1870, 71, 72, 73, 74, est laissé au choix des candidats.



COMMUNICATION

M. LEGUEST. J'ai déjà eu l'honneur d'entretenir la Société de chirurgie de quelques opérations de polypes naso-pharyngiens, et je lui demande aujourd'hui la permission de lui en rapporter une nouvelle. A l'heure qu'il est, les chirurgiens considèrent les polypes de la base du crâne comme des polypes fibreux exclusivement : je ne crois pas me tromper en disant que c'est là l'opinion la plus répandue depuis quinze ou vingt ans, c'est-à-dire depuis les travaux de M. Nélaton et de ses élèves sur ce sujet, notamment depuis les recherches de M. Lorrain sur la nature de la membrane qui tapisse l'apophyse basilaire de l'occipital. Vraie d'une manière générale, cette opinion ne doit pas être absolue : j'ai rencontré, en effet, il y a quelques jours, un polype de l'apophyse basilaire qui me paraît être un polype muqueux, et que je présente à mes collègues, en les priant de vouloir bien nous dire s'ils ont observé des faits analogues.

J'ai enlevé le polype chez un artilleur de 23 ans, qui m'avait été adressé de l'hôpital de Vincennes par un de mes confrères de l'armée, M. le docteur Boulongne ; il empêchait l'air de passer par la narine droite, laissait la narine gauche à peu près libre ; il apparaissait derrière le voile du palais, à droite de la luette, sous la forme d'une tumeur d'un rouge foncé, grosse comme l'extrémité du pouce, et dépassant le voile de 2 millimètres environ. Le doigt, porté dans le pharynx, constatait que la tumeur était dure, très-mobile, globulaire et du volume d'un petit œuf de poule, insérée sur la partie antérieure de l'apophyse basilaire par un pédicule large de 2 centimètres, et dirigé de bas en haut et de droite à gauche. Deux digitations, grosses comme une fève, étaient attachées au même pédicule, à gauche, en haut et en avant du lobe principal de la tumeur, que le doigt pouvait contourner, et qui ne pénétrait pas dans les narines postérieures, mais s'appliquait simplement sur celle du côté droit.

L'ablation fut faite par la ligature extemporanée, pratiquée avec un fort cordonnet de soie et un serre-nœud à vis passé par la narine droite. Je ne dirai rien de plus de l'opération, sinon que je mis environ vingt minutes à sectionner le pédicule, et que le patient perdit à peine quelques gouttes de sang, qui strièrent des crachats. Aujourd'hui l'opéré est dans l'état le plus satisfaisant ; en relevant le voile du palais avec le manche d'une cuiller pour découvrir la surface basilaire, on n'aperçoit aucun vestige de l'implantation du polype.

L'examen extérieur de ce dernier n'apprend rien de plus que ce que l'exploration sur place avait révélé ; il est gros comme un petit œuf de poule, et ressemble assez bien pour sa forme et ses appendices à un cœur de volaille : sa surface est lisse et blanchâtre dans la portion qui était cachée à la partie supérieure du pharynx, un peu chagrinée et d'un rouge foncé dans la portion qui dépassait le voile du palais ; son pédicule est large de 2 centimètres et épais de moins de 1 centimètre. Le lobe principal, ferme et dur au toucher, présente, à la coupe, une enveloppe fibreuse très-dense, d'un blanc nacré et d'une épaisseur moyenne de 2 à 3 millimètres, limitant un tissu aréolaire et rosé comme celui des polypes muqueux ; les deux petits lobes offrent une structure analogue : quelques foyers apoplectiques, du volume d'un grain de millet et paraissant résulter de l'étranglement du pédicule de la tumeur par la ligature, se rencontrent immédiatement au-dessous de l'enveloppe fibreuse. Ce polype est évidemment fibro-muqueux, et cependant il s'est développé sur la surface basilaire, généralement considérée, ainsi que je le disais

tout à l'heure, comme ne donnant naissance qu'à des polypes fibreux.

Je pense bien que personne n'aurait eu l'idée de recourir, pour enlever cette tumeur, à l'une de ces opérations qui, en même temps qu'elles ouvrent une large voie aux manœuvres opératoires, laissent presque toujours après elles des mutilations plus ou moins graves, dont, à plusieurs reprises, je me suis montré peu partisan, et sur l'opportunité desquelles je ne veux pas revenir. Mon seul but, aujourd'hui, est d'appeler l'attention sur le développement à la base du crâne de polypes autres que les polypes fibreux, et sur la possibilité d'enlever ces polypes par une opération très-simple. Lorsqu'ils sont fibro-muqueux et de consistance dure, comme celui-ci, le diagnostic de leur nature doit présenter quelques difficultés : je me suis fondé pour l'établir sur l'absence d'hémorrhagies, si fréquentes dans la simple exploration des polypes fibreux de cette région, sur la régularité de forme et la multiplicité des lobes de la tumeur, et sur le peu de volume de son pédicule, lui laissant une grande mobilité ; mais je serais heureux que mes honorables collègues, répondant à mon appel, voulussent bien compléter mes observations par leurs observations personnelles.

M. HOUEL. Il y a deux mois, j'ai eu l'occasion de faire un rapport sur une observation de polype pharyngien, adressée par **M. Achille Bonnes**. Le polype était regardé comme fibreux ; j'émis cependant quelques doutes sur sa nature, car je le considérais plutôt comme fibreux-muqueux ou mixte. **M. Bonnes**, que j'ai eu l'occasion de voir depuis, a confirmé mon appréciation.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Varicelles lymphatiques du réseau superficiel du dos de la verge et du scrotum, suite de contusion. — **M. TRÉLAT** présente un *fae-simile* de cette affection rare, admirablement exécuté par **M. Baretta**, mouleur des hôpitaux.

L'aspect de la lésion est très-caractéristique, et lorsqu'on l'a constaté une fois, le diagnostic devient facile pour les cas semblables. C'est pour ce motif que **M. Trélat** a tenu à mettre cette pièce sous les yeux de ses collègues. Dès le début, il avait reconnu la nature de la maladie ; mais ce diagnostic fut accueilli avec surprise et incrédulité par les assistants, jusqu'au moment où il fut bien constaté que chaque vésicule, légèrement ponctionnée, fournissait une grosse goutte d'un liquide limpide et coagulable, que le microscope prouva

chaque fois être de la lymphe. Ces vésicules, qui offrent une analogie éloignée avec celle de l'herpès, en diffèrent par leur indolence absolue et par leur mode de guérison : elles s'effacent sans laisser aucune trace. Ce n'est pas une guérison, c'est une disparition.

Bien que cette affection consiste en varices du réseau lymphatique, elle contient des différences, qu'il convient de rappeler, avec les varices des gros troncs et des ganglions lymphatiques, dont plusieurs exemples remarquables ont été présentés à la Société. La chronicité et la haute gravité de ces dernières n'ont rien de commun avec la bénignité relative des varices superficielles.

Voici l'observation du malade, recueillie par M. Lucas-Championnière, interne du service de M. Trélat :

M. P..., 26 ans, maçon, né dans la Creuse, habitant Paris depuis dix ans ; entré le lundi 4 octobre, sorti le 26 octobre ; salle Saint-Gabriel, n° 20, à la Pitié.

Cet homme était entré à l'hôpital pour un gonflement de la verge datant de huit jours. Le dimanche 1^{er} octobre il avait été poussé vivement contre le coin d'une table de bois, qui avait heurté la verge à sa base et à sa partie supérieure droite. Une douleur vive suivit le coup ; le gonflement de la verge survint dans la nuit, et le malade dit avoir eu de la fièvre et s'être mis au lit les jours suivants. Huit jours après, il se présentait à la Pitié.

La verge était volumineuse, œdématiée ; le gland était complètement caché, il n'y avait aucun écoulement urétral. L'œdème était dur, d'un rouge vif, surtout au niveau du prépuce. Peu de douleur à la pression, sauf au point qui avait reçu le coup, et qui présentait une tuméfaction saillante sur le reste de l'organe.

A la base de la verge, l'œdème s'étendait un peu vers les bourses, et se prononça les jours suivants.

Sur le dos de la verge et vers le milieu, dès le premier jour, on pouvait voir une élévation roide, rosée, papuleuse, demi-transparente, et dès le lendemain, une autre élévation se montra tout auprès. Une piqure d'épingle faite sur cette élévation amena l'écoulement d'un liquide transparent, légèrement jaunâtre. En pesant sur le prépuce, on faisait poindre le liquide avec plus d'abondance. A l'examen microscopique, on y trouva des globules blancs en abondance et de la graisse suspendue. Les jours suivants, le même examen, répété sur d'autres pustules, montra des leucocytes très-nombreux et moins de matières grasses.

Il n'y avait toujours pas d'écoulement urétral ; à la longue seulement, vers l'époque de la sortie du malade, il existait une bala-

nite peu intense, résultant de la tension et du contact prolongé des muqueuses œdématiées.

Après huit jours de séjour, toute la face antérieure du scrotum était envahie, la rougeur en était presque livide; des élevures très-nombreuses s'étaient formées; en pressant avec la main sur la peau du scrotum, les élevures se prononçaient davantage, et d'autres plus petites, invisibles jusque-là, devenaient perceptibles en grand nombre; il semblait qu'on les eût injectées avec un liquide. En les piquant avec une épingle, on donnait issue au même liquide que pour les élevures de la verge.

Cette expérience a été répétée nombre de fois et a toujours donné le même résultat.

Pas de ganglions volumineux dans les aines. La maladie était exactement limitée à la verge et à la partie antérieure du scrotum. On n'apercevait nulle part de trainées rouges.

Sous l'influence de bains amidonnés, pris tous les jours, et de la compression exercée fréquemment par le malade avec sa main (tous les autres procédés ayant échoué), l'œdème diminuait, d'abord au scrotum; les élevures s'affaissèrent, et lorsque le malade sortit, le 26 octobre, l'œdème était limité à la verge, beaucoup diminuée; il n'y avait presque plus d'élevures, et la rougeur était atténuée.

Ce malade, d'une très-bonne santé habituelle et très-vigoureux, n'avait jamais rien eu de semblable; une fois, à la suite d'un coup sur le scrotum, il avait eu une ecchymose, mais pas de lymphangite.

Il avait toujours exercé le métier de maçon, n'avait jamais quitté la France, et habitait Paris depuis dix ans. Il avait eu une blennorrhagie il y a quatre mois, bien guérie aujourd'hui.

La pièce a été faite par M. Baretta au commencement du déclin de la maladie, avec un peu moins d'œdème, de rougeur qu'il n'y en avait eu.

Commission du prix Laborie.

Sont élus membres de la commission pour le concours de 1869 :

MM. Legouest,
Chassaignac,
Giraldès,
Dolbeau,
Liégeois.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

ÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1869.

Présidence de M. Alph. GUÉBIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — Le *Journal de médecine de l'Ouest*. — Le *Montpellier médical*.

— *Tétanos clonique*, par le docteur Jouon, de Nantes. Brochure in-8°.

— *Deux cas d'ovariotomie suivis de succès*, par le docteur Letenneur, de Nantes. Brochure in-8°.

— *Transactions of the Clinical Society of London*. T. II.

— Lettre de remerciements de M. le secrétaire du Collège des chirurgiens de Londres pour l'envoi du dernier fascicule des Mémoires de la société.

— M. le docteur Chairon, médecin de l'asile du Vésinet, adresse un mémoire intitulé : *Étude clinique sur le traitement des tumeurs sous-cutanées et sur l'emploi de la pâte sulfo-safranée*. Renvoyé à une commission composée de MM. Guyon, Tillaux et Le Fort.

— M. le docteur Faliu adresse à la Société une lettre dans laquelle il exprime l'opinion que la déformation crânienne, récemment décrite par M. Guéniot, serait plutôt congénitale que due à une pression prolongée comme le pense M. Guéniot.

M. Louis Thomas (de Tours) adresse l'observation suivante :

Luxation de l'avant-bras en dedans. — Le nommé G... (Jules), soldat au 2^e régiment de ligne, âgé de 21 ans, admis à l'hôpital de Tours le 20 octobre 1869, me raconte que le 24 juin dernier, étant assis dans une charrette, un choc le projeta violemment sur le sol. Il tomba sur le côté gauche du corps. Cette chute déterminait, outre plusieurs lésions insignifiantes, un gonflement considérable du coude gauche et l'abolition complète des mouvements de l'avant-bras. Un médecin, mandé quelques heures après l'accident, crut avoir affaire à une fracture et appliqua un appareil. Quinze jours après, le gonflement ayant disparu, il reconnut qu'il avait commis

une erreur et qu'il existait une luxation, mais il la jugea trop ancienne pour en tenter la réduction.

A l'examen de la région, je constate, à première vue, une déformation très-prononcée. L'avant-bras, en supination, forme avec le bras un angle rentrant en dedans au lieu de l'angle saillant que forme, à l'état normal, l'épitrôchlée. En dehors, existe une disposition inverse, c'est-à-dire un angle saillant au niveau de l'épicondyle. En avant, le biceps se dessine sur le côté interne du bras. En arrière, sur la ligne médiane, au niveau du siège habituel de l'olécrane, existe une dépression très-accusée.

Par le toucher, on s'assure que la saillie qui existe sur le côté externe du coude est formée par l'épicondyle et le condyle, au-dessous desquels une dépression très-prononcée, surtout en arrière, indique l'abandon, par le radius, de ses rapports normaux. En dedans du biceps, une légère saillie est reconnue pour être l'épitrôchlée. En arrière, sur la ligne médiane, le doigt pénètre dans la cavité olécraniennne. Le tendon du triceps se dessinant sous la peau est dirigé obliquement en dedans, conduit sur l'olécrane, reconnaissable encore à cette particularité qu'il décrit des arcs de cercle dans les mouvements de flexion et d'extension qu'on imprime à l'avant-bras. Peu saillant en arrière, l'olécrane débordé légèrement en dedans l'épitrôchlée, au-dessous de laquelle on reconnaît la présence de l'apophyse coronoïde. L'épitrôchlée se trouve donc embrassée par le sinus sygmoïdien, et c'est autour de cette saillie jouant le rôle de la trochlée que s'exécutent les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras. En dehors de l'olécrane, on sent distinctement la trochlée et principalement son bord interne; puis, au-dessous d'elle, une saillie arrondie à laquelle se transmettent les mouvements de pronation et de supination de l'avant-bras. On reconnaît ainsi que cette saillie est formée par la tête du radius dont le rebord de la capule débordé légèrement la trochlée en arrière. La lésion que présente le malade est donc une luxation incomplète en dedans de l'avant-bras, appartenant à la variété radio-postérieure, admise par M. Denucé.

Les mouvements de pronation, de supination et d'extension s'exécutent complètement. Seule la flexion est limitée; ainsi elle ne dépasse guère l'angle droit que de quelques degrés, assez cependant pour porter la main à la bouche. Tous ces mouvements, qui s'accompagnent parfois de craquements, s'accomplissent avec assez de force, et G... se sert de son membre presque aussi facilement que de celui du côté opposé. Il est néanmoins possible d'imprim

mer à l'avant-bras de légers mouvements de latéralité. Ce défaut de solidité me semble dû à ce que l'épitrôchlée ne peut, comme la trochlée, remplir exactement le sinus sygmoidien. Malgré cela, l'état du membre est si satisfaisant que je ne crois pas devoir tenter, quatre mois après l'accident, une réduction à coup sûr difficile et peut-être même impossible. Le blessé eût du reste sans doute repoussé toute tentative de réduction.

Quelque incomplet qu'il soit, ce fait, qui, par sa rareté, mérite déjà d'être signalé, présente une certaine importance. Il montre en effet que les luxations de l'avant-bras en dedans peuvent être abandonnées à elles-mêmes sans grand préjudice pour le blessé. Les fonctions du membre peuvent se rétablir rapidement et presque complètement. Bien plus, je suis porté à croire que, chez mon malade, la nouvelle articulation acquerra plus tard la solidité qui lui fait actuellement défaut, la cavité sygmoïde venant à se rétrécir et par suite à embrasser plus étroitement l'épitrôchlée.

Adénome de la région parotidienne. Ablation. Récidive locale. Généralisation probable. Mort. — (M. Ancelet, de Vally-sur-Aisne.) — Il s'agit d'une dame de 56 ans portant une tumeur de la région parotidienne qui fut enlevée par M. Ancelet, et dont les caractères parurent à M. Lancereaux, d'après l'examen microscopique, être ceux d'un adénome parotidien. M. Broca, en raison de l'altération des tissus qui lui furent envoyés, resta dans le doute sur la nature histologique de la tumeur. Un an après, une nouvelle tumeur parut dans la même région, accompagnée de paralysie du moteur oculaire commun, d'anesthésie du côté correspondant de la face, plus tard d'hémiplégie faciale. La malade mourut trois ans après l'apparition de la première tumeur, sept mois après la récidive.

Rétrécissement considérable du bassin par ostéomalacie après deux accouchements normaux. — Embryotomie. (M. Piachaud, de Genève.) — Une femme, mariée à 27 ans, après deux accouchements normaux et un troisième assez difficile, vit, pendant une quatrième grossesse, survenir des douleurs qu'on prit pour rhumatismales; mais qui n'étaient que le symptôme d'une ostéomalacie. Au moment de l'accouchement, on constata dans le bassin la présence d'une tumeur saillante, arrondie, formée par l'angle sacro-vertébral, poussé en bas et en avant. En même temps, les branches ischio-pubiennes s'étaient rapprochées. Le diamètre sacro-pubien était réduit à 6 ou 7 centimètres. Bien que l'enfant fût vivant, on fit la craniotomie. La mère guérit sans accident.

Statistique des opérations.

M. le docteur Taillard, de Maiche (Doubs), pratique rurale, 1865-1868.

Amputation du bras, deux guérisons.

Amputation du 3^e métatarsien, mort d'infection purulente.

Castration, une guérison.

RAPPORT

M. FORGET. Certains états pathologiques, caractérisés par l'apparition instantanée et le développement rapide de tumeurs qui envahissent en quelques instants la plus grande partie du plancher de la bouche, constituent un accident qui ne manque pas d'une certaine gravité; c'est ce que démontre le fait suivant, que M. Bouchard, interne de l'hôpital Necker, vous a communiqué dans le courant de l'année dernière, et dont je suis appelé à vous entretenir aujourd'hui, à titre de rapporteur.

Observation sur un cas de grenouillette aiguë. — Le 13 mai 1868, M. Bouchard, de service à la salle de garde, est appelé en toute hâte dans le voisinage de l'hôpital Necker, auprès d'une femme qui depuis quelques instants était en proie à une asphyxie imminente.

Enceinte de huit mois, cette femme était étendue sur un fauteuil, la tête fortement renversée en arrière, le visage injecté, les yeux larmoyants; la dyspnée était excessive, et la respiration très-bruyante.

Les deux côtés de la région sus-hyoïdienne sont fortement distendus; la bouche, entr'ouverte, laisse apercevoir une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, qui refoulait la langue en arrière et en haut vers la voûte palatine, en s'inclinant à droite, de sorte que la cavité buccale se trouvait entièrement remplie, et ne permettait à l'air de passer que par un petit espace situé à gauche. Cette tumeur avait une couleur livide et offrait l'aspect d'un épanchement sanguin sous-muqueux; il est dit, en outre, dans l'observation, qu'il existait une salivation abondante.

En interrogeant les antécédents, M. Bouchard apprit du mari de la malade (ayant elle-même la parole trop embarrassée pour s'expliquer) qu'une demi-heure environ avant l'apparition des accidents, en buvant un verre de vin, elle avait senti se former subitement dans sa bouche une tumeur qui prit un volume considérable en

quelques instants; qu'antérieurement, toutefois, sa femme avait eu dans le même endroit une grosseur du volume d'une petite noisette, qui quelques mois auparavant avait été ouverte et avait donné issue à un liquide analogue à du blanc d'œuf.

La première question qu'eut à résoudre l'auteur de cette observation, fut celle du diagnostic de la tumeur. Quelle était son origine? quelle était la composition du liquide qu'elle renfermait? car c'était bien une tumeur formée par l'accumulation d'un liquide; la fluctuation ne laissait à cet égard aucun doute.

« Je trouvai, dit M. Bouchard, cette tumeur fluctuante; or, son développement si rapide et la coloration quelle présentait sous la muqueuse buccale me firent immédiatement penser à un épanchement sanguin, opinion que partagea mon collègue M. Alling, à qui je demandai avis... »

Ce diagnostic porté, ces deux messieurs jugèrent le cas assez sérieux pour proposer à la malade d'entrer immédiatement à l'hôpital Necker, ce quelle accepta, et pour mander aussitôt le chef du service, M. Guyon, dont l'intervention leur parut nécessaire.

Sur ces entrefaites, le médecin ordinaire de la malade, mandé depuis une demi-heure, arriva, et sans plus tarder, après examen de la tumeur, il en excisa une partie, et fraya ainsi une ouverture par laquelle s'écoula une quantité considérable de liquide analogue à du blanc d'œuf, sans mélange de sang, si ce n'est celui fourni par la plaie.

« Je n'étais pas présent à l'opération, dit M. Bouchard, le médecin étant survenu à mon insu; et quand je revis la malade, après ma première visite, la tumeur avait été complètement vidée au moyen d'une perte de substance faite avec des ciseaux sur le plancher buccal; le liquide albumineux qui en sortit nous apprit que nous avions évidemment affaire à une *grenouillette aiguë*... »

Ici, messieurs, j'ouvre une parenthèse et m'y enferme un instant, afin de rechercher la cause d'une erreur qui a induit le diagnostic en une fausse voie. La découvrir et la mettre en relief, c'est, ce me semble, fixer sur elle l'attention du praticien et le prémunir, le cas échéant, contre une semblable méprise.

Or, c'est pour avoir négligé un précepte essentiel et fondamental en saine clinique, qui prescrit, dans l'étude des productions accidentelles ou *néplasias* morbides d'une région quelconque de l'or-

ganisme, de considérer d'abord la diversité des éléments anatomiques qui la constituent, d'apprécier avec soin les aptitudes fonctionnelles de ceux-ci, la prédominance relative des uns ou des autres, au double point de vue du développement et du dynamisme vital : toutes conditions qui peuvent servir à déterminer la nature du fait pathologique, à éclairer son origine, et à rendre raison de son développement. C'est, disons-nous, pour avoir négligé cette enquête que l'auteur a fait fausse route.

Dans l'espèce, en effet, en prenant en considération les appareils de sécrétion dont la région sublinguale est si abondamment pourvue, la multiplicité des glandes salivaires, dont l'activité fonctionnelle y est incessamment en jeu, et enfin le nombre considérable de conduits excréteurs qui sillonnent en sens divers le plancher de la bouche, il n'est pas douteux que l'auteur n'eût été conduit à se demander s'il n'était pas plus rationnel de placer le point de départ de la néoplasie morbide dans une lésion de canalisation de l'appareil sécrétoire, ayant eu pour résultat immédiat la rétention du liquide sécrété à l'intérieur des voies naturelles ou en dehors d'elles par suite d'une sorte d'infiltration dans le tissu sous-muqueux, que d'admettre, pour expliquer son développement rapide et instantané, un épanchement de sang dont l'abondance supposait une rupture d'un vaisseau d'une certaine importance, qu'aucune altération anatomique antérieure n'autorisait d'ailleurs à admettre.

Mais il y avait bien un précédent morbide, qui, pour le genre d'opération qu'il avait exigé, ne laissait aucun doute sur son siège et sur sa nature, et établissait une filiation évidente et directe entre lui et la néoplasie actuelle ; eh bien, chose singulière, qui prouve tout l'empire d'une préoccupation, même sur de bons esprits, et fait voir à quel point d'aveuglement on peut être conduit par une idée préconçue, ce précédent, qui était une indication lumineuse pour le diagnostic de la tumeur actuellement existante, resta oublié et comme non avenu pour l'observateur, qui, dans son appréciation clinique, n'en a tenu aucun compte. Quoi qu'il en soit, le fait que vous a communiqué M. Bouchard est digne de fixer votre attention. C'est un exemple rare d'une variété de grenouillette dont l'existence a été contestée et dont l'origine et le mode de formation, pour ceux qui l'admettent, ont été l'objet de nombreuses controverses.

Un cas analogue est cité dans le travail de M. Bouchard ; il le doit à son collègue d'internat, M. Mahot, qui l'a observé à l'hôpital de Nantes sur un homme dont le plancher de la bouche, pendant qu'il mangeait, devint subitement le siège d'un gonflement telle-

ment considérable que les mouvements de la langue devenaient impossibles.

Cet individu vint, tout effrayé, consulter un chirurgien de l'hôpital, qui constata de chaque côté du frein une tumeur du volume d'un œuf de poule, d'apparence bleuâtre et transparente. Il pratiqua une incision qui donna issue à un liquide semblable à du blanc d'œuf.

La tuméfaction se reproduisit peu après et exigea une nouvelle opération qui, cette fois, fut suivie d'une injection iodée.

Puisque l'occasion m'en est fournie, j'ajouterai à ces deux faits une observation qui m'est propre. C'est celle d'une dame âgée d'une quarantaine d'années, qui me fit appeler en toute hâte, au milieu de son repas, fort effrayée d'un gonflement considérable survenu tout à coup, et ayant des proportions telles qu'elle ne pouvait plus avaler et que la respiration était gênée.

L'examen de la bouche me fit voir un soulèvement en masse du plancher buccal, mais plus particulièrement accentué à gauche, où il se prolongeait dans toute l'étendue du sillon linguo-maxillaire jusqu'à l'origine du pilier du voile du palais. La tumeur qui en résultait offrait, en avant, sur le côté du frein, un renflement notable, et se continuait dans la direction que je viens d'indiquer, sous la forme d'un doigt de gant fortement distendu.

Une ponction, suivie d'une légère incision, livra passage à un liquide albuminoïde assez consistant. La détumescence des parties, qui en fut la conséquence, fit cesser la douleur et rendit à la langue la liberté de ses mouvements. La malade, pouvant alors parler, m'apprit que déjà elle avait, trois fois depuis six mois, éprouvé, toujours en mangeant, un accident analogue, mais beaucoup moins prononcé. La mastication devenait douloureuse ; un gonflement notable se manifestait. Elle suspendait alors son repas, et quelques instants après elle se trouvait débarrassée de la douleur, qui n'était que momentanée. Toutefois elle conservait, dans la région génio-linguale, un peu plus en arrière, un gonflement persistant à un degré notable, comme j'ai pu m'en convaincre par la suite.

En effet, m'étant borné à ne faire qu'une simple ouverture évacuative à la tumeur, celle-ci ne tarda pas à croître de nouveau, si bien que quelques jours ne s'étaient pas écoulés que, m'étant trouvé chez cette dame à l'heure de son repas, je vis se reproduire en partie les accidents auxquels j'avais été appelé déjà à remédier.

Je n'eus plus aucun doute sur le siège et la nature de l'affection,

que je qualifiai de grenouillette diffuse, la rattachant à une extasie primitive des conduits salivaires, qui, suivant moi, en était le point original.

Quant au traitement auquel j'eus recours, de palliatif qu'il avait été une première fois, je le rendis radical en associant à une incision étendue de la paroi du kyste la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent pratiquée à plusieurs reprises.

Dans l'observation communiquée par M. Bouchard, comme dans celle de son collègue, M. Mahot, il est bon de noter que c'est la teinture d'iode qui fut employée avec succès comme agent thérapeutique.

Ici, messieurs, se termine ma tâche de rapporteur. Je vous ai exposé le côté pratique d'une observation qui, sous le rapport du diagnostic, renferme un *desideratum* qu'il était du devoir de la critique de faire ressortir dans un but d'enseignement utile, et qui ne peut, en quoi que ce soit, diminuer à nos yeux le mérite scientifique de l'auteur, qui compte à juste titre au nombre des membres distingués de l'internat, auquel je vous propose d'adresser des remerciements pour son intéressante communication.

Maintenant, messieurs, un dernier mot sur l'histologie de ces tumeurs sublinguales me semble être ici à sa place.

A deux reprises déjà, la Société de chirurgie a eu à traiter cette question de genèse morbide, une première fois en 1849, à la suite du rapport de M. Danyau sur mon mémoire ayant trait *à la nature, à l'origine et au siège de la grenouillette* (1), et une seconde fois en 1853, à propos de celui que je fis moi-même sur le travail de notre regretté collègue Jarjavay, qui a pour titre : *De la dilatation des conduits excréteurs des glandes parotide, sous-maxillaire et lacrymale* (2).

Partisan de l'opinion qui prétend que plus une région est pourvue de glandes et de conduits excréteurs, plus les kystes s'y observent fréquemment, je soutins alors, contre de nombreux opposants, que le siège initial de la grenouillette était à l'intérieur des voies salivaires, dont l'ampliation constituait l'origine de cette tumeur.

Peut-être, à cette époque, la discussion porta-t-elle trop exclusivement sur la glande sous-maxillaire et son conduit excréteur, sans tenir compte assez des autres organes de sécrétion, fort nom-

(1) *Mémoires de la Société de chirurgie*, tome II, page 219 et suiv.

(2) *Mémoires de la Société de chirurgie*, tome III, page 209 et suiv.

breux, dans l'épaisseur des parois de la bouche, et qui, plus fréquemment peut-être, que le canal de Warthon lui-même, sont le point de départ des kystes de cette région.

Cette indication étiologique a été précisée, admise dans ces dernières années, surtout par l'un de mes honorables collègues, qui dans sa thèse inaugurale, publiée en 1862, a donné l'anatomie exacte de la glande sublinguale et de ses nombreux conduits excréteurs... « Il n'est pas étonnant, dit M. Tillaux, que les chirurgiens, lors de la discussion soulevée il y a quelques années à la Société de chirurgie, n'aient point été d'accord sur le siège de cette affection. Cela ne doit pas surprendre, puisque la structure de l'organe principal de la région sublinguale était très-imparfaitement connue. Pour nous, ajouta-t-il, la grenouillette est due à la dilatation d'un des conduits excréteurs de la glande sublinguale, par suite de l'oblitération de ce conduit. »

En faveur de cette origine, milite l'autorité du professeur Claude Bernard, qui, dans sa leçon de physiologie expérimentale, enseignait en 1856 que l'obstruction des canaux de Rivini produisait la dilatation des petits lobules de la glande sublinguale et la formation d'un véritable kyste salivaire.

Ainsi se prononce, de plus en plus, l'opinion des anatomo-pathologistes sur cette question d'histologie, dont la solution, que j'ai vivement soutenue il y a vingt ans, n'est plus guère contestable aujourd'hui. En Allemagne comme en France, elle est acceptée, et la grenouillette n'est plus considérée comme une poche de formation nouvelle, mais comme une ectasie des courants des glandes salivaires.

Personne jusqu'à présent, dit Virchow dans le second volume de son remarquable *Traité de la pathologie des tumeurs*, n'a pu démontrer que les grandes formes de la grenouillette procèdent des petits kystes muqueux; quant à un hygroma procédant de la prétendue bourse muqueuse attenant, d'après Fleischmann d'Erlangen, au muscle génio-glosse, cette origine est inadmissible, tant que son existence n'aura pas été mise entièrement hors de doute. Or, « j'ai moi-même été, dit encore Virchow, tout aussi malheureux que nombre d'autres observateurs attentifs; je n'ai jamais réussi à pouvoir découvrir une semblable bourse muqueuse. »

Mais ce n'est pas exclusivement la glande sublinguale et ses appendices qui sont le siège de la grenouillette: des faits nombreux prouvent que les conduits des glandes sous-maxillaire et parotide peuvent également se prêter à son développement.

Prétendre que les canaux de Warthon et de Sténon ne sauraient se dilater au point de produire une semblable ectasie, c'est, dit Virchow, se fonder sur une connaissance incomplète de la littérature chirurgicale et sur une observation incomplète. A ce propos, il rappelle que dans le *Traité de chirurgie* de Bruns (Tubingen, 1859) on trouve une masse de faits rassemblés, qui démontrent l'existence de la grenouillette à l'intérieur du conduit de Sténon. Il ajoute, d'après ses propres observations, que la même maladie se rencontre dans le pancréas; *grenouillette pancréatique*, c'est le nom qu'il lui donne.

Déjà moi-même, en 1849, dans mon mémoire qui est inséré dans le troisième volume de nos fascicules, j'avais insisté sur cette identité morbide, la fondant sur deux cas analogues de kystes du pancréas empruntés au *Traité d'anatomie pathologique* de M. Cruveilhier.

Au surplus, qu'il y ait une limite à l'extensibilité des conduits excréteurs, au delà de laquelle ils ne peuvent se prêter à l'augmentation de la tumeur, et que son volume, incessamment accru, entraîne nécessairement une modification de structure de la cavité kystique, c'est ce qui ne peut être contesté.

Pour moi, la notion du mécanisme suivant lequel s'opère cette modification m'a été donnée par la description anatomique que j'ai eu occasion de faire en 1844 (*Bulletin général de thérapeutique*, du Galactocèle). La dissection d'un kyste mammaire, qui a une grande analogie avec celui des glandes salivaires, m'a démontré à quel degré de dilatation considérable pouvaient atteindre les vaisseaux galactophores, en même temps qu'elle m'a permis de constater l'existence d'une poche centrale correspondant à la partie la plus développée de la tumeur, se confondant avec le tissu connectif ambiant, et présentant à sa surface interne les ouvertures multiples de plusieurs conduits galactophores, dont le calibre offrait des dimensions considérables.

Cette interprétation histologique, que j'avais développée à l'appui de ma manière de voir sur le siège primitif de la grenouillette et ses transformations successives, a été reprise en 1862 par Friedrich Pauli, dans un travail sur le même sujet (*Pathologie des tumeurs*, Virchow, t. II), et il en a fait la base d'une division nosologique qui comprend deux stades différents dans l'évolution des tumeurs sublinguales; l'un, où le conduit est dilaté, c'est ce qu'il appelle *phylactasie*, dont il a démontré l'existence par la ligature du conduit chez le chien; et l'autre, où le conduit venant à se rompre

soit par fissure ou ulcération, le liquide s'infiltré dans les tissus ambiants, qui, par leur tassement progressif et incessant, concourent ainsi à l'agrandissement du kyste primitif; c'est à cette dernière forme qu'il donne le nom de *ptyalocèle*.

En résumé, la dénomination importe peu; si le fait pathogénique dont j'ai moi-même donné la description en 1844, dans mon mémoire sur le galactocèle, est, comme je le crois, exact et vrai, on a ainsi désormais la clef de la genèse et du développement successif de cette variété du kyste, si commune non-seulement à l'intérieur de la bouche, mais encore dans tous les tissus, organes, riches en appareils glandulaires.

DISCUSSION

M. DESPRÈS. Je ne sais si dans l'observation de M. Bouchard il est fait mention de l'examen de l'état du conduit de Warthon. Il serait, en effet, intéressant de savoir si la grenouillette aiguë était ou non due à une oblitération de ces conduits. Il y a peu d'exemples de grenouillettes chroniques causées par une oblitération du conduit de Warthon; on connaît toutefois une observation dans laquelle il existait une oblitération causée par une soie de sanglier introduite dans ce canal; mais les calculs salivaires n'amènent pas cette sorte d'accidents. M. de Closmadeuc, dans sa remarquable thèse sur les calculs salivaires, a montré que ceux du canal de Warthon ne l'oblitéraient pas, et qu'il n'y avait pas de grenouillette concomitante.

Dans la grenouillette aiguë, dont M. Laugier a fourni depuis longtemps des exemples, on n'a point constaté d'oblitération des conduits, et il eût été curieux de rechercher s'il y en avait dans le cas dont il est aujourd'hui question.

M. GIRALDÈS. Lorsque l'on discute sur la nature et sur les variétés de forme de la grenouillette, on oublie trop souvent de faire une distinction importante entre les kystes qui se développent dans l'épaisseur de la glande sublinguale et ceux qui naissent dans l'épaisseur de la glande sous-maxillaire. Les premiers prédominent du côté de la cavité buccale; les seconds font saillie du côté du cou, et s'ils prennent un grand volume, ils se portent en bas, vers la racine du cou et non du côté de la bouche.

M. LÉON LE FORT appuie la distinction faite par M. Giralès; il a observé, à la Charité, sur un malade adressé par M. Andral, une grenouillette ayant pris naissance vers la deuxième grosse molaire

dans les derniers acini de la glande sublinguale, et, cette année, un kyste salivaire de la glande sous-maxillaire siégeant au cou et coïncidant avec un autre kyste naissant de la sublinguale, c'est-à-dire les deux variétés de grenouillette. Dans la première variété, la ponction doit être faite dans la région du cou ; dans la seconde, c'est par la bouche que l'on peut et doit agir.

M. GUYON. M. Giraldès vient de rappeler les recherches anatomiques que j'ai faites sur les glandes sublinguales. Je dois d'abord déclarer que les recherches de M. Tillaux sont antérieures aux miennes, et que c'est bien à lui qu'est due la démonstration des conduits multiples du groupe de glandes désigné sous le nom de glande sublinguale. Mais j'ai montré qu'il existait cependant, chez quelques sujets, une véritable glande sublinguale avec un conduit semblable à celui que l'on connaît chez les animaux sous le nom de conduit de Bartholin. En dernier lieu, je répondrai à M. Desprès que l'oblitération du conduit de Warthon est prouvée par plusieurs faits. J'en ai moi-même présenté un cas à la Société de chirurgie en 1866.

M. GIRALDÈS revendique la découverte du procédé qui, par l'immersion des glandes dans l'acide tartrique, permet leur préparation facile.

M. TILLAUX. Je n'ai pas cru devoir prendre la parole à ce sujet, car, dans mes diverses publications sur ce point, j'ai très-explicitement, et à plusieurs reprises, attribué à M. Giraldès la découverte de la méthode de préparation.

M. FORGET. M. Desprès me reproche de n'avoir pas cité le travail de M. Closmadeuc sur les calculs salivaires ; il renferme, dit-il, des observations qui démontrent l'existence de ces calculs sans dilatation du conduit de Warthon ; il ajoute avoir vu lui-même de semblables calculs creusés, sur une de leurs faces, d'un sillon. Dans tous ces cas il n'y avait pas de grenouillette. M. Desprès ne s'aperçoit pas qu'il fait lui-même la réponse à son objection. En effet, l'existence d'une sorte de rigole sur les calculs salivaires démontre qu'il n'y avait pas oblitération complète du conduit ; que le liquide salivaire, filtrant ainsi entre le calcul et la paroi du conduit, continuait d'être versé à l'intérieur de la bouche, et que des faits de ce genre ne prouvent rien contre l'existence de la grenouillette sous-maxillaire, puisque la condition indispensable à son développement, l'oblitération complète du conduit de Warthon, n'avait pas lieu.

Quant à la possibilité de sonder ce conduit dans des cas de gre-

neuillette, ce qui établissait la persistance de sa perméabilité, cela veut dire simplement qu'en pareil cas la maladie a son siège dans d'autres conduits salivaires, ce qui est d'accord avec la doctrine soutenue dans mon rapport.

Que si M. Desprès veut nier d'une manière absolue que la glande sous-maxillaire suit le point de départ de la grenouillette, je le renverrai à l'observation si concluante de M. Richet, que j'ai publiée dans mon mémoire, et dans laquelle l'autopsie a mis en toute évidence la dilatation du conduit de Warthon dans un cas de grenouillette intra-buccale opérée par M. Richet lui-même.

Au surplus, je ferai remarquer à M. Desprès, comme à M. Giraldès, que ce côté de la question ne rentrait pas dans le cadre de mon rapport, et je ne m'y suis arrêté qu'incidemment, l'ayant surtout et exclusivement envisagé dans mon mémoire sur la grenouillette, qui est inséré dans nos fascicules.

Un mot cependant encore à M. Giraldès au sujet de la grenouillette de la glande sous-maxillaire, qui offrirait comme caractère distinctif et constant de se développer du côté du cou, au-dessous de la base de la mâchoire. Que cela soit, je ne le conteste pas quand le kyste occupe la glande elle-même ; mais peut-on se refuser à admettre que son conduit, qui se rapproche du plancher de la bouche pour s'y ouvrir après avoir rampé sous la muqueuse, ne puisse, en se dilatant, constituer la grenouillette sublinguale ? C'est, je crois, se mettre en opposition avec des faits acquis et généralement acceptés.

Du reste, je ferai remarquer que la discussion a laissé dans l'ombre le fait capital de mon rapport, celui qui en constitue l'originalité, et qui me paraissait devoir surtout fixer l'attention de mes collègues : c'est la possibilité de la formation instantanée d'une grenouillette volumineuse, que j'appelle diffuse, dénomination plus juste que celle de grenouillette aiguë. J'avais espéré que l'expérience de mes collègues aurait contribué à élucider ce point de pathogénie.

Commission du prix Duval.

Sont élus : MM. Guyon, Panas, Desprès, Marjolin, Tarnier.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Léon La Font.

SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1869

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

- Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique*.
- M. Murlon, médecin militaire à l'hôpital de la Calte (Algérie), adresse plusieurs observations manuscrites : *Amputation de la jambe*.
- *Imperforation de l'anus*. — *Atresie de la vulve*. — *Désarticulation de l'épaule*. Renvoyé à une commission composée de MM. Larrey, Dolbeau et Forget.

COMMUNICATION

Kyste de l'ovaire multiloculaire. — Ovariectomie. — Guérison. — M. LIÉGEOIS. M^{me} A..., habitant Noroy-le-Sec (Meuse), rentière, âgée de 63 ans, est de robuste constitution. Elle a été menstruée à 13 ans, a eu deux enfants; Ses grossesses ont été bonnes, ses accouchements faciles. Ses règles ont cessé à l'âge de 52 ans.

Il y a cinq ans, elle s'aperçut qu'elle portait dans le ventre une tumeur large comme la main, et qui fut reconnue par MM. Isnard et Marchal, de Metz, pour un kyste de l'ovaire. Depuis cette époque, cette tumeur a grossi insensiblement.

En septembre 1868, M^{me} A... vint me trouver à Etain (Meuse). Le kyste alors s'étendait jusqu'à trois travers de doigt environ au-dessus de l'ombilic.

Après que j'eus examiné cette tumeur, la malade insista vivement auprès de moi pour savoir si l'opération de l'ovariectomie, dont elle avait entendu parler, serait praticable chez elle un jour ou l'autre. Je répondis que le kyste était encore trop peu développé pour songer à cette opération; mais que s'il prenait un accroissement incompatible avec l'exercice normal des fonctions, il me paraissait être dans des conditions avantageuses pour être enlevé. Peu de temps

après cette consultation, la tumeur s'accrut notablement, et au mois de juin, la malade, inquiète des proportions que celle-ci prenait, alla à Strasbourg consulter M. Kœberlé. Ce chirurgien ne fut nullement d'avis de l'opération, et engagea fortement M^{me} A... à ne point la laisser pratiquer.

Au mois de septembre, cette dame vint me retrouver à Étain. Elle présentait, à cet instant, l'état qui suit :

Le ventre est considérablement développé; il mesure, en circonférence, au niveau de l'ombilic, 120 centimètres. La distance qui sépare le bord supérieur du pubis de l'appendice syphoïde est de 52 centimètres. A la palpation, on constate une tumeur nettement limitée à la partie supérieure. Elle paraît uniformément ronde, excepté en bas et de chaque côté, où l'on reconnaît, à droite et à gauche, l'existence d'une bosselure dont il est difficile d'apprécier le volume. La tumeur n'est nullement douloureuse à la pression; elle est molle et nettement fluctuante dans toute son étendue. Quand on cherche à imprimer à la paroi abdominale un léger mouvement de latéralité, on perçoit, sous la main, une sensation de crépitation dans presque tous les points où cette exploration est faite.

A la région épigastrique et lombaire, on constate, à la percussion, de la sonorité. Le toucher vaginal ne permet pas de sentir la tumeur; l'utérus, peu mobile, est légèrement incliné en arrière; son volume paraît normal. Les membres inférieurs présentent un œdème très-prononcé; les membres supérieurs et la face, une légère bouffissure. L'urine ne contient pas d'albumine; la circulation est normale. Toutes les autres fonctions paraissent bien s'exécuter, à part la respiration, qui est notablement gênée par le développement qu'a pris la tumeur. Depuis quelque temps même les digestions sont difficiles, ce que la malade attribue au chagrin que provoque chez elle son état.

Il me paraissait bien évident, d'après ces signes, que la tumeur était un kyste de l'ovaire multiloculaire vu les bosselures, non adhérent en raison de la crépitation péritonéale et de l'absence complète de douleurs abdominales présentes ou passées, réunissant en un mot toutes les conditions favorables pour le succès de l'opération. La considération de l'âge de la malade, 63 ans, n'était pas pour moi une contre-indication; la guérison rapide et sans le moindre accident, obtenue l'an dernier chez une femme d'une constitution bien moins bonne que celle de ma malade actuelle, éloignait mes craintes de ce côté. Ce ne fut non plus la considération d'âge qui dut guider M. Kœberlé dans le conseil qu'il avait donné à M^{me} A..., car il avait

obtenu, avant de la voir, un succès sur un sujet de 65 ans. J'ignore le motif qui a pu lui faire rejeter toute idée d'opération.

L'ovariotomie fut pratiquée le 6 septembre, avec l'assistance des docteurs Parisot (d'Étain), Japin (d'Étain), Michaux (de Metz), Marchal (de Metz), Bermont (de Noroy-le-Sec), et Douan (de Dampierre).

La malade ayant été chloroformée, une incision fut faite à la paroi abdominale, sur la ligne médiane, dans une étendue de 12 centimètres, 6 centimètres au-dessous de l'ombilic, 6 centimètres au-dessus. Après quoi, la main, introduite entre le kyste et la paroi ventrale, constata l'absence d'adhérences à la partie antérieure de la tumeur. Puis le kyste fut ponctionné avec le trocart en spirale de MM. Colin et Robert; il en sortit un liquide visqueux couleur légèrement chocolat. L'écoulement s'étant arrêté après l'issue de 6 ou 7 litres, une seconde poche fut ponctionnée avec un trocart ordinaire d'un fort calibre; il s'échappa un liquide citrin, peu visqueux, et contenant une grande quantité de paillettes de cholestérine. Cette poche vidée, la main, introduite dans le ventre, constata que la tumeur était libre dans toute son étendue, et aida simultanément, avec des tractions exercées sur celle-ci à l'aide d'un trocart en spirale, à son expulsion hors de l'abdomen. Pendant ce temps, deux aides prennent soin de repousser la paroi abdominale en sens inverse de la progression du kyste, de façon à mettre les intestins, autant que possible, à l'abri du contact de l'air, dès que la tumeur serait sortie. Le pédicule, d'une assez grande longueur, fut lié avec une ficelle; la chaîne d'un écraseur (clamp de Mathieu) fut fixée au niveau de cette chaîne; le pédicule fut coupé au delà de cette dernière; une longue aiguille embrocha le pédicule et les deux lèvres de la plaie correspondante; 8 sutures métalliques profondes furent pratiquées; celles-ci traversaient des deux côtés le péritoine, à 1 centimètre environ des bords; 3 sutures superficielles seulement furent mises. Une compresse d'eau froide constitua tout le pansement.

La malade n'avait pas perdu, pendant toute l'opération, une cuillerée de sang; la durée de celle-ci avait été de 30 minutes.

Dans les jours qui suivirent l'opération, M^{me} A... n'a pas accusé la moindre douleur, ni dans sa plaie, ni dans aucun point de l'abdomen. Son pouls, sa température n'ont pas présenté la moindre modification. Pendant les trois premiers jours, par indolence et non par défaut d'appétit, elle ne prit que du bouillon; sa nourriture fut augmentée insensiblement. Le cinquième jour, le clamp fut détaché;

le sixième, les sutures furent enlevées; alors la plaie était réunie par première intention de la façon la plus parfaite, excepté au niveau du pédicule, qui suppura très-légèrement à sa surface. Le neuvième jour, la malade se leva sur un fauteuil; le douzième, elle se promenait dans la maison; le vingtième, elle reprenait ses occupations habituelles.

Cette observations démontre une fois de plus combien peut être innocente une opération d'ovariotomie faite dans de bonnes conditions, c'est-à-dire sur un sujet valide, serait-il âgé, et ne présentant, du côté de son kyste, aucune complication. On ne peut assurément concevoir ni désirer des résultats plus satisfaisants que celui que je consigne ici. Après l'opération, pas le moindre symptôme morbide n'est apparu, rien, absolument rien qui ait pu inquiéter un seul instant ni le chirurgien ni la malade. Sous ce rapport, cette observation est le pendant de celle que j'ai communiquée l'an dernier à la Société.

L'examen de la tumeur que je présente fait voir qu'elle est constituée : 1° par deux immenses poches à la surface desquelles préexistent quelques petits kystes; 2° par deux masses kystiques aréolaires placées à la partie inférieure et latérale de la tumeur, et ayant chacune le volume d'une tête de fœtus environ; une de ces masses est longée extérieurement par les débris de la trompe coupée avec le pédicule. La tumeur et le liquide recueilli pesaient 15 kilogrammes.

Kyste dermoïde purulent. — Ovariectomie. — Mort. —
M^{lle} Sidonie T..., habitant Domremy-la-Canne (Meuse), est âgée de 17 ans; elle possède une constitution moyenne, un tempérament lymphatique. Elle a été menstruée à 15 ans; ses règles, toujours peu abondantes, sont apparues régulièrement chaque mois; depuis deux mois seulement elles ont fait défaut. A l'âge de 11 ans, elle s'est aperçue qu'elle portait dans la partie inférieure du ventre, et à gauche, une grosseur du volume d'un œuf de poule, se déplaçant facilement quand elle cherchait à la faire mouvoir. A partir de cette époque, cette grosseur n'a pas cessé de croître, mais c'est surtout depuis un an qu'elle a acquis des proportions considérables.

Jusqu'au 30 juillet dernier, cette tumeur n'avait occasionné chez cette jeune fille ni gêne ni douleur. Ce jour-là, elle fut prise, en descendant de son lit, d'une sensation des plus pénibles dans le bas-ventre, à la partie inférieure et du côté droit; cette douleur était telle que la moindre pression à son niveau, même le moindre

mouvement, la faisait crier. La douleur persista avec cette intensité, et dans un point fixe, pendant un jour, sans être accompagnée d'aucun mouvement fébrile, mais elle ne disparut totalement qu'au bout de huit jours. Depuis lors, la malade n'a ressenti rien de semblable; seulement, quinze jours environ avant de la voir, alors qu'elle faisait un voyage de quelques lieues en voiture, les secousses de celle-ci provoquèrent chez elle une sensibilité du ventre suffisamment grande pour qu'on dût faire marcher le cheval au petit pas, mais cette sensibilité disparut dès que la malade fut rentrée à la maison.

La santé générale de M^{lle} T... a du reste toujours été très-bonne; les digestions n'ont pas cessé de se faire régulièrement; la défécation, l'urination, ont toujours été normales. Une gêne notable de la respiration, dès que le sujet marche ou travaille, tel est le seul trouble fonctionnel accusé par celui-ci.

Le 17 septembre, cette jeune fille m'est adressée à Étain, par M. le docteur Parisot. Je constate l'état suivant :

L'abdomen est uniformément arrondi; il mesure en circonférence, en la prenant au niveau de l'ombilic, 91 centimètres. La distance qui sépare l'appendice syphoïde de la symphyse pubienne est centimètres. En promenant la main sur les divers points du ventre, on constate facilement l'existence d'une tumeur qui, plongeant dans le petit bassin, s'arrête supérieurement dans la région épigastrique. A la pression on ne reconnaît aucun point douloureux à son niveau; ni l'auscultation ni la palpation ne permettent de constater de crépitation péritonéale. A la percussion, la tumeur est molle dans toute son étendue. En avant, à droite, en bas, en haut, elle est molle; la fluctuation est manifeste dans toutes ces parties, quoique cependant le soulèvement de la main se fasse avec une certaine lenteur. A gauche, elle a une consistance solide dans presque toute sa hauteur; là on constate toute absence de fluctuation, et la main ne rencontre qu'une masse ferme, résistante, surtout dans une surface de 10 centimètres carrés environ.

Les régions épigastrique et hypocondriaque droite de l'abdomen sont sonores à la percussion, de même que la région lombaire; pour cette dernière, la sonorité augmente en étendue dès qu'on fait pencher la malade ou qu'on la fait tourner du côté opposé à celui que l'on percute.

Il était de toute évidence, d'après les antécédents fournis par le sujet et les signes que je constatais, que nous avions affaire à un kyste de l'ovaire, kyste à liquide épais et à contenu solide; kyste

probablement sans adhérences, au moins considérables, puisque la malade n'avait éprouvé qu'une seule fois, à proprement parler, et cela dans un point limité, des douleurs qui puissent être rapportées à une inflammation péritonéale. Mais quelle était l'origine de ce kyste ? En face de cette circonstance, que la tumeur fut constatée pour la première fois à l'âge de 41 ans, et qu'à cette époque elle avait déjà le volume d'un œuf, je dus nécessairement penser qu'elle ne pouvait guère se rattacher, comme la plupart des grands kystes abdominaux, à une évolution morbide siégeant dans l'ovaire, et dont l'ovulation aurait été la cause provocatrice.

C'est la raison pour laquelle je penchais pour un kyste ovarique contenant des débris de fœtus ou des productions qui pouvaient s'en rapprocher.

Les bonnes conditions opératoires dans lesquelles le kyste me semblait placé, d'une part, la marche rapide de l'affection (dans les derniers temps, d'autre part, enfin le volume de la masse solide, faisant craindre que d'ici peu toute opération fût impraticable, me décidèrent à proposer l'ovariotomie, qui fut acceptée sans difficulté.

L'opération fut pratiquée, chez les parents de la jeune fille, le 23 octobre, avec l'assistance des docteurs Parisot, Jupin, Fourier, Douan, Bermont. La malade étant parfaitement endormie, l'incision de la paroi abdominale, faite sur la ligne médiane, comprit 14 centimètres d'étendue, à partir de trois travers de doigt du sillon sus-pubien, jusqu'à 1 centimètre au-dessus de l'ombilic. L'incision faite, le kyste apparut recouvert par l'épiploon, qui fut repoussé à la partie supérieure de l'abdomen. La main, passée entre la paroi du ventre et la tumeur, ne constata aucune adhérence correspondant à la face antérieure de celle-ci. Alors je perforai le kyste avec le trocart en spirale de MM. Robert et Collin. A peine lui avais-je imprimé un mouvement de rotation, dans le but de saisir la paroi du kyste entre ses rondelles métalliques, qu'un pus excessivement épais, crémeux, verdâtre, inodore, s'échappa entre la canule et l'ouverture du kyste, et continua à couler jusqu'à l'instant où la paroi de celui-ci fut serrée entre les rondelles du trocart. Pendant ce temps, deux aides abritaient la cavité péritonéale du contact de ce liquide, en se servant de morceaux de flanelle introduits entre le kyste et la paroi ventrale. La tige du trocart fut ensuite retirée, mais aucun écoulement ne se fit, quelque inclinaison que je donnai à mon instrument. Alors je passai deux anses de gros fil à travers la paroi de la tumeur, et à distance de 1 centimètre l'une de l'autre, puis, entre ces deux an-

ses, j'ouvris cette paroi. Du pus s'écoula en abondance, en même temps que d'énormes touffes de poils, agglutinés entre eux par une substance caséuse, se présentaient à l'ouverture que je venais de pratiquer. Celles-ci, au milieu desquelles je retrouvai la pointe de mon trocart, furent extraites successivement. Au fur et à mesure que la poche se vidait, au fur et à mesure elle était attirée au dehors par mes deux anses de fil; si bien qu'au bout d'un temps assez court, le pus était déversé à une certaine distance des lèvres de la plaie de la paroi abdominale; quand un litre et demi environ de ce liquide se fut écoulé, je saisis du côté gauche les parois de la tumeur dans un point qui me paraissait fluctuant et était placé à une petite distance de la lèvre droite de la plaie, celle-ci étant écartée autant que possible, puis je passai en ce point, et à une petite distance l'une de l'autre, deux anses de fil nouvelles, après quoi j'incisai entre elles; un demi-litre environ de pus, et de nouvelles masses pilo-graisseuses, s'échappèrent par cette ouverture; mais je dus, pour obtenir ce liquide, qui me paraissait provenir surtout de la partie postérieure de la tumeur, introduire une de mes mains, que j'avais eu soin de bien laver, derrière celle-ci, et exercer sur elle une série de pressions en des points multiples. Après que le kyste fut vidé, la tumeur était encore extrêmement volumineuse; de plus, je venais de constater que du côté gauche, de même qu'à la partie supérieure, il n'existait plus de poches fluctuantes; ma main ne rencontrait de ces côtés que des masses solides. Je dus donc chercher si du côté droit je serais assez heureux pour trouver un troisième kyste qui me permit, en l'évacuant, de rapetisser la masse que je tentais de faire sortir de l'abdomen. Ce troisième kyste existait. Aidé d'une part par ma main plongée dans l'abdomen, et qui exerça sur lui une pression de droite à gauche, aidé d'autre part par la traction faite par mes aides dans la même direction, avec le trocart qui était resté fixé sur la tumeur, je parvins à faire progresser cette poche et à mettre à jour une quantité suffisante de sa paroi pour que je pusse passer à travers elle deux nouvelles anses de fil, et exciser entre elles. Un litre et demi de pus environ, toujours mêlé à des poils, s'échappa par cette ouverture. A cet instant, la tumeur me parut suffisamment diminuée pour exercer son extraction hors de l'abdomen, en augmentant toutefois l'incision de la paroi ventrale de 2 centimètres vers son extrémité supérieure.

Cette incision une fois agrandie, des tractions en tous sens purent encore être faites, même avec une certaine énergie, par l'aide

du trocart, et après quelques instants, la tumeur s'échappa en masse, suspendue à un pédicule assez court et très-épais. Au moment où le pédicule apparut à l'extérieur, une hémorrhagie se fit à sa surface, dans un point très-rapproché du kyste; elle était due à une rupture partielle du pédicule en un point superficiellement placé, rupture qui avait atteint, outre la séreuse, une petite artériole, dont la ligature a dû être pratiquée.

La fixation du pédicule, sa striction, les sutures, furent faites comme dans l'opération précédente. 12 points de sutures profondes, 3 points de sutures superficielles, servirent à fermer la plaie.

L'opération avait duré cinq quarts d'heure; la malade était restée, pendant tout ce temps, profondément endormie; il n'y avait ici de sang perdu qu'une très-petite quantité, fournie par l'artériole.

Une heure après l'opération, nausées, en même temps que douleurs sourdes dans toute l'étendue du ventre. Dans la journée, je fais uriner la malade deux fois; le soir, les douleurs abdominales sont plus fortes que le matin.

Pendant la nuit, des efforts de vomissement ont eu lieu; la malade n'a presque pas cessé de se plaindre; deux fois elle a uriné seule dans une assiette creuse, malgré ma défense; le pouls a oscillé entre 90 et 120 pulsations. Une pilule de 1 cent. d'extrait thébaïque a été donnée chaque deux heures.

Le lendemain matin, les douleurs abdominales persistent; elle se plaint surtout d'une douleur épigastrique. Elle vomit plusieurs fois. Eau gazeuse, eau froide, opium.

Le soir, la malade se plaint moins de douleurs dans l'abdomen, mais le faciès est altéré, la langue est sèche, le pouls filiforme, imperceptible, les battements du cœur à 160, la respiration très-fréquente.

La malade succombe à deux heures du matin.

Examen de la pièce anatomique. — La tumeur, telle qu'elle est extraite de l'abdomen, a une forme sensiblement ronde, mesurant en diamètre 24 centimètres et pesant 4 kil. 100. Elle est en rapport dans un point de son contour avec un repli péritonéal, qui faisait partie du pédicule, et qui contient dans son intérieur une partie de la trompe, munie de son pavillon, de ses franges, ainsi que le ligament de l'ovaire. Le reste du pédicule se retrouve sous forme de lambeaux membraniformes très-fins, rétractés à la surface de la tumeur.

A l'exception des points où se voient les vestiges de la plus grande partie du pédicule, la tumeur est lisse dans toute son étendue; on

ne distingue rien à sa surface qui puisse rappeler l'aspect extérieur de l'ovaire.

L'intérieur de la tumeur est constitué par une masse solide centrale, entourée dans toute son étendue par quatre poches spacieuses, isolées les unes des autres, à l'exception de deux, qui communiquent entre elles par une ouverture de 2 centimètres environ. Ces poches sont séparées latéralement par des parois d'une certaine épaisseur, provenant de la masse solide centrale, et se confondant avec l'enveloppe générale du kyste, qui concourt à former leurs parois externes.

Les quatre grandes poches ont un aspect essentiellement variable entre elles et dans leurs divers points. La description isolée de chacune d'elles serait fastidieuse, en raison de la multiplicité des détails qui s'y rapportent; qu'il me suffise d'indiquer d'une façon générale les points les plus saillants.

Ces poches sont lisses et régulières sur leurs faces externes. Sur leurs faces internes et latérales, elles sont, au contraire, des plus irrégulières, hérissées de saillies et de dépressions de toute forme, de tout volume. Ici, les saillies sont disposées en mamelons arrondis, là en colonnes charnues qui rappellent celles du cœur; ailleurs, en lamelles plus ou moins larges, plus ou moins épaisses, dont les bords sont libres, la face profonde adhérente.

Dans ces poches, on trouve une quantité de poils encore considérable, malgré la masse qui a été enlevée pendant l'opération et que l'on a négligé de recueillir. La plupart sont libres, intriqués entre eux, et unis ensemble par une substance caséeuse, très-onctueuse (cellules graisseuses et épithélium). Ces poils ont une longueur très-variable, quelques-uns ne sont visibles qu'à la loupe. La plupart ont une longueur qui varie depuis quelques millimètres jusqu'à 27 centimètres. Leur couleur est blanc ou châtain. Vus au microscope, presque tous possèdent encore leur bulbe, presque tous sont entourés de lamelles épidermiques disposées très-irrégulièrement; tous ont conservé l'aspect normal, strié, pigmentaire, leur canal central.

Outre ces poils complètement libres, on en trouve d'autres qui, intriqués très-irrégulièrement, ou disposés en mèches très-régulières, font saillie seulement dans l'intérieur des grands kystes, à la faveur d'ouvertures existant sur leur face interne; ces poils appartiennent plus spécialement à d'autres poches, situées dans le centre de la tumeur.

Enfin, une grande quantité de poils sont implantés dans les parois mêmes de ces kystes; ceux-ci sont presque partout placés à une

certaine distance les uns des autres. Là où ces poils implantés se rencontrent, on trouve, dans la partie qui les supporte, tous les caractères de la peau. Celle-ci est recouverte d'une substance caséuse, analogue au smegma de l'embryon (cellules graisseuses et épithélium pavimenteux). Sous cette substance, on trouve l'épiderme constitué par plusieurs couches d'épithélium superposées; au-dessous de l'épiderme existe un derme, muni de glandes sébacées, à conduits excréteurs libres, ou venant s'ouvrir dans des follicules pileux, muni aussi de saillies périphériques non constantes, rangées régulièrement les unes à côté des autres, et qui représentent, sans aucun doute, des papilles. Nulle part on ne rencontre de glandes sudoripares. Des fibres de tissu cellulaire, des fibres élastiques, des vaisseaux capillaires, forment la trame de ce derme. Enfin, sur la face profonde de celui-ci, on trouve des cellules graisseuses, non réunies en lobules, et qui établissent en quelque sorte la séparation entre cette membrane et les couches organiques fibreuses sous-jacentes.

Mais une membrane cutanée ne tapisse pas toute l'étendue des parois de ces poches; dans un certain nombre de points, ces parois sont recouvertes par une membrane d'aspect séreux et qui, vue au microscope, n'a aucun des caractères de la première. L'espace qui sépare la surface cutanée de la surface séreuse présente presque partout un aspect blanchâtre, manifestement cicatriciel.

Dans certains endroits, l'union se fait par des expansions nacrées comme tendineuses, au nombre de trois à six; dans d'autres, la peau se montre sous forme de lamelles plus ou moins étendues, semblant collées sur les couches sous-jacentes, desquelles elles se séparent facilement. En raison de cette disposition, les bords de ces lamelles sont visibles dans toute leur épaisseur. Enfin, ailleurs, on voit la peau des grands kystes se continuer en ligne directe avec de la peau contenue dans les kystes de la masse centrale, à la faveur d'une ouverture; à un endroit, la peau est tordue sur elle-même au moment où elle passe par cette ouverture.

La masse solide centrale est formée en grande partie par des kystes contenus dans une trame fibro-graisseuse. Ces kystes sont, les uns colloïdes, les autres pilo-colloïdes, les autres pilo-sébacés, les autres pilo-épidermiques.

Les kystes colloïdes ont une consistance et une couleur des plus variables; la consistance varie depuis celle de l'huile jusqu'à celle d'une gelée épaisse; la couleur est blanchâtre, rosée, verdâtre, jaunâtre.

Ces kystes, limités à l'intérieur par une mince enveloppe cellu-

leuse, contiennent presque tous dans leur intérieur des leucocytes en assez grande quantité, et des cellules épithéliales, analogues à celles qui séparent la face interne de l'enveloppe.

Les kystes pilo-colloïdes ne diffèrent des premiers que par la présence de poils dans leur intérieur; ces poils sont ici tous parallèles les uns aux autres et représentent de véritables mèches. Une partie de leurs parois, présente aussi un aspect et une structure dermoïdes.

Les kystes pilo-épidermiques, au nombre de trois ou quatre seulement, ne dépassent pas le volume d'une noisette. Leur paroi est fibreuse et non dermoïde. En dedans de cette paroi, on trouve une couche concrète et comme lamelleuse, constituée par de l'épithélium pavimenteux stratifié; le reste du kyste est rempli par de l'épithélium de même nature que le précédent, au milieu duquel on distingue de rares gouttelettes graisseuses et des poils d'une ténuité extrême et d'une longueur excessivement petite.

Les kystes pilo-sébacés ont les mêmes caractères que les grands kystes périphériques, c'est-à-dire qu'ils sont remplis de poils et de matières grasses; leur paroi est dermoïde en partie ou en totalité; deux de ces kystes sont remarquables par la longueur des poils qu'ils possèdent (15 à 30 centimètres); ceux-ci, de plus, sont très-épais et sont implantés en grand nombre dans certains points de la paroi, les uns à côté des autres.

On trouve de plus, mêlés à ces productions kystiques, deux os remarquables par leur volume. L'un est plus superficiellement placé que l'autre; le premier empiète dans une paroi qui sépare deux grandes poches de la surface; c'est lui qui donnait lieu à cette sensation de dureté perçue quand on explorait sur la malade la tumeur. Il a le volume d'un sphénoïde d'adulte, et, jusqu'à un certain point, sa forme; sa longueur est de 14 centimètres; sa largeur de 5, son épaisseur de 3. On y distingue un corps muni de quatre saillies, qui limitent un espace quadrilatère rappelant la selle turcique, deux espèces de sinus creusés dans l'épaisseur de ce corps; deux ailes, dont l'une est creusée d'une cavité remplie de matière colloïde; des aspérités hérissent les extrémités de ces ailes, ainsi que les bords de l'os. Celui-ci est entouré d'un périoste épais et difficile à détacher; de la face profonde du périoste, partent de nombreux vaisseaux qui pénètrent dans la substance osseuse par des ouvertures en rapport avec le calibre de ceux-ci.

Sur une des faces de l'os, le périoste, par sa face externe, se trouve uni avec les parois d'un kyste pilo-sébacé du volume d'un

œuf; ce kyste est un des deux qui possèdent un nombre considérable de poils adhérents et ayant une longueur et une grosseur considérables. Les bords de l'os sont en rapport avec une série de kystes colloïdes ou pilo-épidermiques.

L'autre os a une forme que l'on ne peut rapporter à la forme d'aucun os du squelette. Il est formé d'un plateau central sur la surface et le pourtour duquel naissent des apophyses plus ou moins longues. Le plateau mesure dans sa plus grande longueur 8 centimètres, dans sa plus grande largeur, 3 centimètres. Une de ses apophyses mesure 2 centimètres et demi. Cet os est entouré, comme le précédent, par un périoste épais. Une de ses faces est aussi en rapport avec un kyste pilo-graisseux, du volume d'une noix, présentant, au point de vue de son contenu, les mêmes particularités que celui qui est en rapport avec le périoste de l'autre os.

Dans une partie de la masse centrale correspondant à une énorme saillie à mamelons multiples et que remplit presque entièrement un grand kyste périphérique, nous avons trouvé aussi deux petites masses cartilagineuses, arrondies, volumineuses, l'une comme une noisette, l'autre comme un pois. Toutes deux possèdent au centre l'aspect blanc nacré du cartilage; à la périphérie, un aspect plus foncé. Ces deux petites masses sont placées au centre d'un tissu fibro-graisseux du volume d'une noix. Au microscope on rencontre, au centre de ces noyaux cartilagineux, des capsules et des cellules de cartilage type; à la périphérie, ces espaces intercellulaires sont infiltrés de granulations calcaires.

Non loin de ces noyaux existait une petite lamelle osseuse, de la longueur de 2 centimètres environ, située dans le centre d'une masse fibreuse. Étudié au microscope, cette lamelle nous a paru contenir quelques ostéoplastes peu nettes, mais surtout des amas de granulations calcaires.

RÉFLEXIONS. — Il me paraît difficile de préciser la cause de la mort de notre opérée; je dois avouer que cette mort rapide a été pour moi un sujet d'étonnement. Rien ne permettait de la faire prévoir. Serait-ce que le jeune âge exposerait davantage aux accidents péritonéaux que l'âge adulte ou que la vieillesse? mais Spencer Wells, sur de jeunes sujets, a obtenu trois succès après l'ovariotomie.

La durée de l'opération (cinq quarts d'heure) a-t-elle eu une certaine influence? Cela est peu probable; car la longueur du temps passé à l'énucléation des kystes ovariens ne semble devoir posséder

une influence fâcheuse, incontestable, que s la plus grande partie de ce temps est passée à détruire des adhérences, suspendre des hémorrhagies, faire la toilette du péritoine. Ici, il n'y a pas eu de temps consacré à aucune de ces manœuvres. La longueur de notre incision de la paroi abdominale doit être mise hors de cause, car elle ne dépassait pas 13 centimètres, chiffre inférieur à celui que l'on trouve dans un certain nombre d'ovariotomies, suivies cependant de succès. Du pus serait-il passé sans qu'on s'en aperçût dans la cavité péritonéale, à l'instant où la partie saillante du kyste en était couverte, malgré toutes les précautions prises pour éviter ce fait? Je ne le crois pas, car le péritoine qui recouvrait l'intestin, celui du cul-de-sac recto-utérin, était d'une propreté extrême, après l'extraction du kyste. Il ne serait pas impossible cependant que mes mains, introduites à plusieurs reprises dans la cavité abdominale, n'aient, malgré des lavages préalables faits avec soin, conservé à leur surface une certaine quantité de ce liquide onctueux, dont elles se débarrassaient fort difficilement (ce que j'ai reconnu plus tard), quantité trop faible pour être reconnue là où elle avait été déposée, mais suffisante pour amener des accidents péritonéaux. Ce serait là la cause que j'imputerais le plus volontiers, me fondant surtout sur l'existence d'une péritonite générale d'emblée, caractérisée par des douleurs survenues dans toute l'étendue de la cavité abdominale, presque aussitôt l'opération terminée.

Le kyste auquel nous avons eu affaire est, sans contredit, un des plus curieux qu'il soit possible de rencontrer. Il s'agissait d'un kyste ovarien, dermoïde et purulent. Ce dernier caractère fait de ce kyste dermoïde une tumeur fort exceptionnelle, car il en existe à peine trois ou quatre exemples dans la science.

Remarquons que rien dans les antécédents de la malade ne pouvait faire soupçonner la purulence. On se rappelle, en effet, que notre jeune malade n'avait accusé de douleurs vives dans l'abdomen, à proprement parler, que pendant un seul jour, sans qu'il y ait eu aucune réaction fébrile. Or, ces douleurs ne pouvaient guère être rapportées qu'à une inflammation circonscrite du péritoine, provoquée par la présence même de la poche. Peut-être, sans doute même que cette vive sensibilité d'un moment a été indépendante de l'inflammation de la poche kystique, car s'il en eût été autrement, on ne comprendrait pas qu'elle ne se fût pas généralisée tout autour de la tumeur. Il y a, à mes yeux, tout lieu de croire que l'inflammation qui a donné lieu, à un moment donné, à une aussi grande quantité de pus, de plus à des leucocytes en grande quantité

dans les poches colloïdes, ne s'est point reflétée au dehors de la paroi externe de la tumeur, ni par des phénomènes locaux, ni par des phénomènes généraux.

A titre de kyste dermoïde, la tumeur est remarquable par son volume; mais elle l'est surtout par la forme, l'étendue, la disposition des parties cutanées, pileuses, osseuses, qu'elle contient, et, sous ce rapport, elle me paraît être d'une certaine importance pour juger la question de la nature de ces kystes, encore aujourd'hui controversée.

Trois explications ont été fournies sur ce point.

Dans l'une, le kyste serait la conséquence d'une conception extra-utérine. Cette opinion doit être ici complètement rejetée: en premier lieu, parce que ce kyste s'est développé à une époque où l'ovulation spontanée ne pouvait encore s'être effectuée; en second lieu, la jeune fille était vierge, sa membrane hymen était parfaitement intacte.

Dans la deuxième opinion, le kyste serait rapporté à une inclusion fœtale due à la pénétration d'un œuf fécondé dans un autre, le second passant par les phases normales de son développement, le premier, inclus dans l'ovaire, s'arrêtant dans son développement général, et ne laissant plus, comme trace de sa présence, que des débris qui ont continué à vivre parasitairement.

Dans la troisième opinion, les produits organiques qui ressemblent à des débris de fœtus seraient la conséquence de l'hétérotopie plastique, c'est-à-dire apparaîtraient en vertu de cette loi que des éléments anatomiques des tissus des organes peuvent, dans certaines conditions encore inconnues, se développer spontanément et vivre là où normalement il n'y a aucune trace de ces éléments, de ces tissus, de ces organes.

Quoique la première opinion soit généralement acceptée, elle a trouvé, dans M. Lebert, un adversaire implacable, qui, dans un mémoire aussi plein de talent que de verve, a apporté, à l'appui de son opinion, des arguments bien propres à ébranler les opinions du camp opposé. Nous pensons que les réflexions que va nous suggérer l'examen attentif de notre pièce enlèveront à ces arguments toute leur valeur.

Une des raisons alléguées par M. Lebert pour combattre la théorie de l'inclusion fœtale est la présence, dans certains kystes dermoïdes, de poches multiples en plus ou moins grand nombre, pouvant contenir des productions cutanées, pileuses, osseuses ou dentaires. Cette raison, de prime abord, paraît péremptoire, et cependant on

va voir que notre kyste, qui pourrait être regardé comme un type de kystes, venant à la rescousse de l'opinion du célèbre micrographe, présente des détails qui parlent au contraire contre elle. Quelle disposition, en effet, affecte la peau dans ces diverses poches ? Dans quelques-unes seulement, elle constitue, dans toute l'étendue du kyste, la couche interne, mais dans la plupart elle n'en représente (en surface) que la moitié, le tiers, le quart. En certains endroits même, elle n'occupe qu'une surface de quelques millimètres, sur laquelle s'implante une mèche de poils. Ici la peau est sur le même plan que la séreuse qui lui fait suite, l'une et l'autre étant séparées par un tissu cicatriciel manifeste, blanc nacré et exclusivement fibreux. Là, la peau fait une saillie par rapport à la séreuse et semble collée à la surface de celle-ci, qui se prolonge sous elle de telle sorte que ses bords sont complètement libres. Ailleurs, on voit la peau se projeter sur une portion séreuse par des digitations multiples. Enfin, dans un endroit, on constate que la peau, qui passe à la faveur d'une ouverture d'un kyste dans un autre, se replie sur elle-même. Quand on envisage toutes ces dispositions, on ne peut échapper à l'idée que la peau d'un embryon a dû être morcelée par la pénétration dans son intérieur des cloisons fibreuses et aréolaires qui forment la masse principale de la tumeur, ces cloisons s'étant coiffées, çà et là, des lambeaux de peau ainsi fragmentés et ayant contracté avec eux des adhérences cicatricielles qui ont permis à ceux-ci de continuer à vivre et à se développer. Il est facile de reconnaître, sur notre pièce, qu'encore aujourd'hui cette fragmentation s'accomplit, non plus dans la peau, mais dans les masses pilo-sébacées contenues dans certains kystes. On voit, en effet, dans quelques parties, des touffes de poils unis entre eux par de la substance grasse, faisant en quelque sorte hernie à travers des cloisons kystiques perforées, et empêchant, de cette façon, la réunion des lèvres de l'ouverture. Dans un point, on constate une mèche de cheveux longue de 12 centimètres environ, à cheval sur une cloison qui sépare deux ouvertures du genre de celles dont je viens de parler, et qui appartiennent à un même kyste pilo-sébacé.

Si la multiplicité des kystes a paru à M. Lebert un argument en faveur de l'hétérotopie plastique, c'est sans aucun doute parce que, jusqu'ici, on n'a rencontré dans aucun kyste dermoïde les dispositions cutanées que je viens de signaler. Dans tous les cas cités, la portion dermique des poches paraît s'être substituée à la séreuse, et être en continuité immédiate avec la portion persistante de celle-ci. Dans ces cas, il est vrai, il est permis de croire à une métamorphose

de celle-ci. Mais le doute sur les adhérences contractées entre la peau d'un embryon et la séreuse ne me paraît plus permis avec notre pièce pathologique.

Du côté des productions pileuses, on trouve aussi certaines particularités qui viennent à l'appui de l'inclusion fœtale. Ces particularités consistent dans le développement exagéré des poils dans les points qui correspondent, selon toute probabilité, à un cuir chevelu. Là, en effet, où on trouve les cheveux les plus longs (15, 26, 30 centim.), les plus épais, ceux qui sont implantés en plus grand nombre sur la peau, c'est dans les poches kystiques qui touchent les deux grands os trouvés dans la tumeur, et qui ne peuvent être rapportés à aucun os qu'à ceux du crâne. Assurément, ce n'est pas la présence de ces os qui a influencé la vitalité des bulbes pileux dans la peau des kystes qui les avoisinent; celle-ci ne peut s'expliquer que parce que cette peau représente les vestiges du cuir chevelu de l'ancien embryon.

La seconde raison alléguée par M. Lebert à l'appui de l'hétérotopie, c'est que, dans les kystes du genre de celui qui m'occupe, les os qu'on y trouve n'ont jamais une forme exactement semblable à celle des os du squelette. Sans nier les inclusions fœtales, M. Lebert ne les admet que pour les cas où on rencontre un humérus, une omoplate, un maxillaire, etc., régulièrement configuré.

Pour nous, la déformation des os, dans une production kystique, est en quelque sorte une conséquence forcée des conditions mêmes dans lesquelles ceux-ci se sont développés. Si l'on a égard au développement normal des pièces du squelette, leurs caractères extérieurs ne sont pas seulement subordonnés au plan en quelque sorte originel qui a été dressé par l'organisation naissante, ils sont subordonnés aussi au rapport que les os affectent avec les parties voisines. Ne sait-on pas qu'une extrémité osseuse luxée et placée définitivement dans des rapports anormaux se déforme de manière à devenir quelquefois méconnaissable; que l'orbite, après l'extraction de l'œil, se rapetisse en perdant la régularité de ses formes; qu'il en est de même des alvéoles des dents après la chute de celles-ci? Rien d'étonnant dès lors qu'un os ayant appartenu à un organisme, et s'étant greffé ensuite dans un endroit quelconque d'un autre organisme, modifie son aspect suivant les rapports qu'il contracte avec les parties voisines. Nous en avons bien la preuve dans l'os que nous avons rencontré, et qui, pour tout le monde, sans doute, représentera un sphénoïde.

Les apophyses qui avoisinent ses bords se trouvaient interposées à

des kystes colloïdes ou pilo-graisseux, le corps de ceux-ci reposant sur des dépressions de l'os. De plus, une des parties que je considère comme étant une des grandes ailes du sphénoïde était distendue et remplie par un kyste colloïde du volume d'une amande. Sans aucun doute, ce kyste ne s'était pas développé dans l'intérieur de l'os, mais c'était l'os qui s'était développé autour du kyste, en se déformant.

Quant aux os que l'on rencontre quelquefois dans les kystes avec leur configuration tout à fait normale, ils peuvent aussi être le résultat d'une inclusion fœtale, comme l'admet M. Lebert; alors ils appartiennent à des pièces de squelette qui, à coup sûr, n'ont pas pris racine sur des parties vivantes, et se montrent par conséquent aux yeux tels qu'ils étaient quand toute vitalité les a abandonnés, c'est-à-dire avec leur forme habituelle.

Il est toutefois une objection que l'on pourrait faire à la théorie que je soutiens. Cette objection se tire de la présence dans l'intérieur de la tumeur : 1° de deux noyaux ayant tout à fait les caractères physiques et microscopiques du cartilage, et déjà imprégnés à leur périphérie de granulations calcaires; 2° d'une petite lamelle ayant la dureté, l'aspect d'un os infiltré de granulations calcaires et possédant des ostéoplastes. Assurément ces deux sortes de production sont de date récente, et reconnaissent pour origine une véritable hétérotopie. Quelques esprits pourraient, par conséquent, voir dans cette particularité une preuve de l'origine hétérotopique des parties osseuses contenues dans la tumeur, et que je considère comme des débris de fœtus; mais, par la seule raison que ces petits cartilages, ce petit os, sont nés hétérotopiquement, on ne peut en inférer que les autres formations osseuses reconnaissent une même origine.

L'hétérotopie du tissu osseux n'est contestable pour personne; elle est surtout fréquente dans les kystes ovariens simples ou aréolaires non dermoïdes; rien d'étonnant, par conséquent, qu'elle se réalise dans un kyste dermoïde de la nature de celui qui fut soumis à mon examen, chez lequel s'est faite une prolifération extraordinaire d'éléments de toute sorte. Tout prouve, du reste, que les grands os que nous avons rencontrés n'ont pas la moindre parenté avec cette petite lamelle ossiforme trouvée auprès des noyaux cartilagineux. Dans les grands os, on trouve un périoste épais qui les entoure; à leur surface, de nombreux trous laissant passer des vaisseaux; l'examen microscopique permet de reconnaître des ostéoplastes nombreux et parfaitement configurés

ainsi que des canalicules médullaires. Dans la lamelle ossiforme, au contraire, il n'existe nulle trace de périoste; elle se trouve au sein d'une sorte de noyaux fibrino-grasieux; aucun vaisseau ne la pénètre; on ne rencontre pas trace, dans son intérieur, de canalicules médullaires. Quant aux ostéoplastes, leurs formes, leurs prolongements, sont mal définis, et si nous admettons ces ostéoplastes, c'est moins d'après ces caractères que d'après le pointillé noir que l'on apercevait par places sous le champ du microscope. En un mot, dans un cas, nous trouvons un os complètement développé; dans l'autre cas, un avorton d'os. Il nous paraît, par conséquent, complètement impossible d'assimiler ces productions. Que l'organisme crée par aberration du tissu osseux, du tissu cartilagineux, du tissu fibreux, du tissu élastique, là où ces tissus ne se rencontrent pas normalement, le fait est non-seulement possible, mais certain, et s'explique par la parenté, aujourd'hui admise, de ces divers tissus avec le tissu cellulaire que l'on trouve dans presque tous les points du corps; mais que l'organisme crée par aberration hétérotopique un organe parfait aussi composé dans ses éléments chimiques, complexe dans sa structure et sa texture anatomique qu'un os, qu'une dent, que la peau, c'est là une création qui nous paraît encore loin d'être démontrée les preuves à la main.

M. LEGUEST. Aujourd'hui que les observations d'ovariotomie se multiplient, il serait peut-être possible de déterminer dans quelles conditions il faut employer ou rejeter la suture du péritoine. **M. Koerberlé** repousse la suture péritonéale; **M. Liégeois** l'a mise en usage dans ses deux opérations: quels ont été les motifs de sa pratique?

M. LIÉGEOIS. Dans une première opération d'ovariotomie, laquelle remonte déjà à quelque temps, j'avais fait la suture péritonéale, et il n'y avait eu aucune douleur, aucun symptôme fâcheux, ni du côté de l'abdomen, ni du côté de la plaie. Enhardi par cet exemple, je l'ai suivi dans ma seconde opération; un résultat pareil m'encouragea à agir de même dans ma dernière ovariectomie; celle-ci fut mortelle, mais la suture ne me paraît pas pouvoir figurer parmi les causes possibles de cette terminaison fatale.

M. HOUEL. Je n'ai fait qu'une seule ovariectomie, mais j'en ai vu faire beaucoup, car un assez bon nombre ont été pratiquées à Paris; ainsi, **M. Nélaton** compte 17 opérations sur lesquelles il y eut 9 guérisons. Il faut, après l'ovariectomie, chercher à obtenir une réunion rapide de la plaie abdominale; or ce qui adhère le plus facilement, c'est le péritoine, car il y a agglutination après 10 à 12

heures. De plus, la suture du péritoine garantit un peu l'éventration, qui est si fréquente.

M. GUYON. M. Letenneur, de Nantes, a fait 4 ovariectomies et a obtenu 3 guérisons; mais il a pris soin de ne pas réunir le péritoine, suivant en cela l'exemple de M. Kœberlé. J'ai assisté à l'une de ces opérations; la malade a guéri très-vite, et un an après il n'y avait pas d'éventration, bien qu'il n'y ait pas eu de suture péritonéale. Dans ce cas même, cette suture eût été contre-indiquée, car, par suite d'une péritonite antérieure, la séreuse pariétale avait un demi-centimètre d'épaisseur.

M. BLOT. Les faits de guérison apportés ici n'ont aucune valeur pour la solution de la question soulevée par M. Legouest, car le succès dépend de bien autre chose que de la manière dont est faite la suture.

J'ai assisté à la première ovariectomie faite à Paris, en 1849, à l'hôpital Cochin, par M. Maisonneuve, sur une religieuse. Le kyste multiloculaire, sans adhérences, était retenu par un mince pédicule, et cependant la mort survint après 24 heures. La suture péritonéale avait été faite. Une deuxième opération, à laquelle j'ai assisté, fut faite par M. Huguier, à Bellevue. L'épiploon renfermait un grand nombre de kystes, adhérent de toute part au péritoine pariétal et au kyste; partout ce n'était qu'adhérences. La malade succomba, et certes la suture employée ne fut pour rien dans les causes de mort.

Dans une opération faite par M. Nélaton, et à laquelle j'ai assisté en compagnie de M. Boinet, la suture du péritoine fut faite, contrairement à la pratique de M. Kœberlé; cependant la malade guérit, et il y avait dans ce cas bien des motifs pour croire à un succès.

En effet, il avait fallu déterminer des adhérences, et lorsqu'on voulut faire la toilette du péritoine, afin d'éviter tout suintement de sang, nous passâmes les intestins en revue. M. Nélaton tirait hors du ventre chaque anse intestinale l'une après l'autre, nous l'examinions, et ainsi qu'on l'aurait fait dans une autopsie, après les avoir passées comme à la filière, je les réintroduisais dans le ventre. Le paquet intestinal resta quinze à vingt minutes à l'air, renversé, étalé sur l'abdomen de la malade, et cependant il n'y eut ni fièvre ni accidents.

Si les succès ne jugent pas la question de l'utilité de la suture péritonéale, l'existence de l'éventration consécutive ne la juge pas davantage; car, bien que la suture du péritoine ait été faite quelque temps après la guérison, la malade éprouva des douleurs abdominales assez vives, et, de crainte d'une éventration, non-seulement

elle dut porter une ceinture, mais elle fut forcée de déménager pour aller habiter un premier étage, l'ascension d'un troisième étage lui faisant craindre les effets de la faiblesse des parois abdominales.

M. TILLAUX. La suture péritonéale protégerait, d'après M. Houel, la malade contre le danger d'une éventration; or, c'est précisément pour empêcher l'éventration que M. Kœberlé évite de suturer le péritoine.

En effet, si on conduit la suture à 1 centimètre du bord de l'incision faite à la séreuse, le péritoine se relève, s'accôle à la lèvre voisine de la plaie péritonéale, s'insinue entre les divers plans musculaires et aponévrotiques, et vient presque répondre à la face profonde de la peau. Au contraire, ne prenant pas le péritoine et en conduisant obliquement l'aiguille à travers l'épaisseur de la paroi abdominale, on affronte muscle contre muscle, tissu cellulaire contre tissu cellulaire, peau contre peau, et l'abdomen conserve toute son épaisseur au niveau de la plaie, au lieu d'être réduit à une ligne cicatricielle ne comprenant guère que le péritoine et la peau.

Si l'on n'imité pas la conduite de M. Kœberlé, c'est que le mode de suture n'est pas une condition *sine qua non* de succès; ce qu'il importe au-dessus de tout, c'est qu'il ne reste rien dans le ventre, ni sérosité de kyste, ni liquide sanguin. Du reste, il est fort possible que la piqûre du péritoine soit nuisible, par cela seul qu'au niveau de chaque piqûre il peut se faire dans le ventre un léger suintement sanguinolent.

M. HOUEL. L'objection faite par M. Tillaux ne me paraît pas fondée. Le péritoine a une certaine laxité, il glisse sous le tissu cellulaire sous-jacent, se fait en quelque sorte sa place, et ne vient pas fatalement s'interposer entre les lèvres de la plaie. Dans les opérations auxquelles j'ai assisté, dans celle que j'ai pratiquée, le muscle répondait au muscle, l'aponévrose à l'aponévrose, la peau à la peau. Du reste, quand les parois abdominales ont une grande épaisseur, on peut pratiquer deux sutures: une profonde sur le péritoine, une plus superficielle, comprenant le reste des tissus qui forment la paroi abdominale.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1869

Présidence de M. LABBÉ.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : *Le Sud médical*; — *Le Bulletin médical de l'Aisne*, 1869, n° 2.

— *Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat*, pour l'année 1868-69, par M. Challier, vice-secrétaire.

— *Deux observations d'ovariotomie*, par le docteur Jouon, de Nantes. — Brochure de 8 pages.

— *Amputation sus-malléolaire. — Note sur un cas d'enchondrôme très-volumineux de la région sous-malléolaire*. Deux brochures par le docteur Caradec, de Brest.

— M. le docteur Reliquet adresse à la Société le premier fascicule de la seconde partie de son *Traité des opérations des voies urinaires*.

— M. Tillaux communique une observation de *fracture du crâne*, adressée par M. Deroyer. — Renvoyé à une commission composée de MM. Chassaignac, Perrin et Tillaux.

COMMUNICATION

M. PERRIER lit un travail intitulé : *Existence simultanée d'un kyste sus-hyoïdien et d'une grenouillette sub-linguale. — Injection du kyste. — Disparition successive des deux tumeurs*. (Commissaires : MM. Forget, Tillaux, Labbé.)

PRÉSENTATION DE MALADES

M. DESPÈRES. J'ai pu vaincre les répugnances de deux de mes malades, et je vous les présente comme des exemples de guérison de syphilides par le traitement tonique et une bonne hygiène.

La première malade, âgée de 21 ans, salle Saint-Bruno, n° 29, de-

puis six mois et demi porte, ainsi que vous le voyez, des macules brunâtres sur la face et le corps; ce sont là les traits d'une *syphilis tuberculeuse*, qui a débuté le 16 juin dernier, a suivi son cours, et est aujourd'hui presque entièrement guérie; dans un mois, il n'y aura plus de traces de mal. C'est vous rappeler que je vous ai dit que ces syphilides duraient normalement six mois. La lésion de cette malade était de même nature que celle du malade présenté par M. Liégeois, et qui est encore dans son service, et pourra nous être montré après un traitement mercuriel de huit mois à Saint-Louis et de cinq mois au Midi.

Cette malade était entrée dans mon service, anémique, avec des plaques muqueuses de la vulve; elle avait, en outre, quelques papules sur le corps. Cette fille avait eu la syphilis, dit-elle, il y a deux ans, et on lui avait administré 60 pilules de protoiodure de mercure environ, puis des tisanes et des sirops pendant six mois; ce qui n'avait pas empêché la malade d'avoir, deux ans après, des plaques muqueuses. Au mois de juin dernier, la malade a eu de la fièvre rémittente pendant quinze jours: c'était le prélude de la syphilide dont vous voyez la fin.

La seconde malade est encore plus intéressante.

P... (Anna), 25 ans, est aujourd'hui nourrice de son propre enfant, qui a quatre mois passés et se porte parfaitement bien.

Cette malade est aujourd'hui au 23^e mois de sa syphilis, n'a jamais pris de mercure et a été traitée exclusivement par les toniques.

Entrée le 25 février 1868 dans mon service, elle avait la syphilis depuis deux mois; elle avait alors des plaques muqueuses de la vulve et une syphilide papuleuse. Traitée par les toniques, les bains salés et sulfureux et la cautérisation, la malade a eu, le 10 avril, un psoriasis palmaire occupant toute la paume des deux mains et les doigts. Trois fois, en mars, mai et juin, la fille P... a eu des récidives de plaques muqueuses de la vulve. A la suite des règles, elles ont guéri chaque fois en huit jours.

La malade est sortie guérie de son psoriasis palmaire le 18 septembre 1868.

Elle est rentrée dans mon service le 12 janvier 1869, avec des chancres mous de la vulve, un bubon suppuré et la gale. Elle était enceinte de trois mois; la malade s'était toujours bien portée au dehors. La malade sort guérie le 20 février.

Elle rentre chez M. Fournier le 1^{er} juin, pour des boutons sur le corps, que j'ai vus, et qui étaient une récidive de la gale avec pru-

rito. M. Fournier a donné du sirop composé dont la malade a pris une seule cuillerée, et des pilules que la malade n'a pas prises.

Le 15 juillet dernier, la malade est accouchée de ce bel enfant que vous voyez. C'était son premier enfant; elle est accouchée à terme et elle nourrit. Cette femme pourtant n'est pas une merveilleuse nourrice; elle a eu une déviation de la colonne vertébrale dans sa jeunesse; elle a souffert dans son adolescence.

En somme, voilà une malade qui n'a pas pris de mercure, qui, au 10^e mois de sa syphilis, devient enceinte. Elle supporte bien sa grossesse sans mercure, elle accouche d'un enfant sain et fort. Si le mercure était bon, je voudrais que l'on n'observât pas des faits aussi nets que celui-ci, où le simple traitement tonique permet de voir d'aussi bons résultats. Rappelez-vous, pour comparer, cette malade dont je vous ai parlé, une femme C... qui, au bout de trois ans de syphilis et de traitement mercuriel, aurait avorté et était paralytique et incurable.

Un dernier mot.

J'attribue au repos et à la bonne hygiène de la malade une partie du résultat que vous voyez. Sur les 23 mois de durée de la syphilis, la malade a paru 13 mois à l'hôpital.

M. LIÉGEOIS. Je ne puis accepter comme une réponse suffisante aux opinions que j'ai défendues, la présentation de ces deux malades; car nous savons tous que, même en l'absence de tout traitement, la syphilis peut guérir, ou du moins que les manifestations syphilitiques peuvent disparaître. Ce que j'ai demandé, ce que je demande, c'est que M. Desprès nous amène ici, et avant tout traitement tonique, une malade atteinte d'accidents syphilitiques, et qu'il nous la représente après l'application, efficace ou non, de son traitement.

Je dois dire à la Société que le malade que je lui ai présenté guéri, après un traitement mensuel par injection sous-cutanée, est en ce moment atteint d'une récurrence, qui se manifeste par un tubercule au front et un autre à la jambe. Le traitement mercuriel était interrompu depuis trois mois lors de la récurrence, et il avait été remplacé par l'usage du vin de quinquina et des ferrugineux, c'est-à-dire par un traitement purement tonique.

M. DESPRÈS. Le désir de M. Liégeois n'est pas près de recevoir sa réalisation, malgré tous mes efforts. J'ai pu, avec beaucoup de peine, décider deux malades guéries à se présenter dans cette enceinte, mais je désespère de pouvoir vaincre jamais la répugnance qu'éprouve une femme défigurée par des syphilides à se présenter pu-

bliquement devant une si nombreuse réunion. Le malade de M. Liégeois a une récédive, cela ne m'étonne pas, je l'avais prédit à M. Liégeois. Son malade était à la fin d'une poussée; on lui donne du mercure, l'évolution de l'éruption est gênée; on ne donne plus de mercure, l'éruption ressort; cela devait être, d'après ce que j'ai dit à la Société.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. LEGUEST. Il y a déjà plusieurs années, j'ai présenté à la Société de chirurgie un homme dont le corps était couvert de *kéloïdes* cicatricielles innombrables, offrant cette particularité qu'elles ne s'étaient développées que sur les cicatrices survenues postérieurement à un séjour fait par le sujet au Sénégal, les cicatrices organisées antérieurement à ce séjour étant restées à l'état normal.

Voici une tumeur que j'ai enlevée avant-hier chez un jeune officier arrivant du Sénégal, où il a passé trois ans, et que je crois analogue aux tumeurs décrites par Alibert sous le nom de *kéloïdes*, et pouvant se développer spontanément. Je ne veux pas conclure de ce dernier fait que le séjour des pays chauds prédispose à cette affection, comme il semble prédisposer à quelques autres; je me borne à signaler cette circonstance, que mes deux malades se sont trouvés dans des conditions analogues.

Cette tumeur, du volume du poing, occupait la nuque et s'étendait de la bosse occipitale vers la partie inférieure et latérale droite du cou; son ablation n'a rien présenté de particulier, sinon un écoulement de sang très-abondant, qui cependant ne nécessita aucune ligature, et s'arrêta sous les doigts des aides et quelques bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure de fer largement étendu d'eau.

La plus grande partie de la tumeur est formée par un mamelon saillant de 2 à 3 centimètres au-dessus du niveau des téguments voisins. Au-dessous de ce mamelon principal, on rencontre quelques mamelons secondaires et moins saillants. La tumeur fait manifestement corps avec la peau, aux dépens de laquelle elle s'est développée. Sa surface extérieure est d'un rose pâle et sans traces de vaisseaux; elle est parsemée de cheveux et de poils, assez éloignés les uns des autres et très-adhérents. Elle présente, en bas, vers le cou, une cicatrice irrégulière, résultant d'une opération faite il y a cinq ans, en France, et sur laquelle il m'a été impossible d'obtenir des renseignements précis. Sa consistance générale est dure, élastique,

et n'offre plus de résistance dans les points correspondant aux mamelons signalés. Sa face profonde montre du tissu cellulaire adipeux, et, par places, du tissu musculaire; l'un et l'autre bien distincts de la tumeur, et enlevés avec elle.

Sur une coupe faite perpendiculairement à la partie moyenne de la tumeur, on distingue deux couches : l'une, superficielle, qui forme toute la partie malade; l'autre, profonde, constituée par le tissu cellulo-grasieux sous-cutané, emporté avec la production morbide. La couche externe a une épaisseur de 15 millimètres dans la partie la plus saillante de la tumeur, et va en diminuant vers les bords, où elle se confond avec la couche profonde de la peau. Sa couleur est blanc rosé, pâle, sans traces de vaisseaux.

On distingue, sur la coupe, les glandes cutanées et les poils qui la traversent dans presque toute son épaisseur, les bulbes pileux se trouvant dans la partie la plus profonde de cette coupe. On distingue de même parfaitement le tissu de la cicatrice résultant de l'opération antérieure; il présente une coloration ambrée et un aspect gélatiniforme.

Une section faite perpendiculairement sur les petits mamelons montre que la tumeur n'est formée que par l'hypertrophie du derme, dont elle a conservé l'aspect : les glandes, les poils et leurs bulbes sont disposés comme nous l'avons dit précédemment.

L'examen histologique du tissu frais ou desséché démontre que la tumeur ne s'est pas développée aux dépens de la cicatrice primitive, mais qu'elle est le résultat d'une hypertrophie considérable de tous les éléments normaux du derme. Aucun de ces éléments ne s'est développé plus que les autres; leurs proportions relatives sont restées les mêmes que dans le derme normal.

Malgré l'apparence bénigne que présente cette tumeur, je ne suis pas sans appréhensions sur sa récurrence possible, bien qu'elle ait été enlevée largement dans toute sa largeur et son étendue.

M. BLOT. Les deux malades de M. Legouest avaient été au Sénégal, mais c'est avec grande raison que notre collègue n'a attribué que peu de valeur au séjour dans un pays chaud, quant à la production d'une kéloïde. La seule kéloïde que j'ai vue siégeait sur le poignet d'une jeune fille, qui n'avait jamais quitté Paris. Cette jeune fille guérit après une application du canstique sulfo-safrané, faite par M. Velpeau; mais il y eut récurrence sur place, sans aucune altération de la santé générale. La kéloïde ne me paraît pas pouvoir être considérée comme une affection bénigne, puisque la récurrence est assez fréquente.

M. LEGUEST. La fréquence des récidives est connue de tous. Dans un cas où j'avais affaire à une kéloïde du lobule de l'oreille, développée à la suite de la piqûre faite pour passer des boucles d'oreilles, je vis la maladie se reproduire; mais la lenteur de guérison, la crainte d'une exaspération, m'engagèrent à m'abstenir d'une nouvelle opération. Si sur mon malade j'enlevais la tumeur que je vous présente, c'est que ce jeune homme, âgé de 32 ans, était venu en France dans l'intention de se faire opérer, et que la tumeur causait une difformité des plus gênantes.

M. CHASSAIGNAC ne croit pas non plus à l'influence des pays chauds. Il semble, dit-il, qu'une disposition constitutionnelle préside à l'apparition de ces kéloïdes; j'ai observé un jeune soldat qui avait reçu un grand nombre de coups de yatagan: chaque blessure était devenue le siège d'une kéloïde. Une femme, observée par moi, avait sur le corps autant de kéloïdes qu'elle avait subi d'applications de ventouses scarifiées. Toutefois cette disposition constitutionnelle ne paraît pas durer toute la vie. Une femme portait au sein une kéloïde survenue à la suite d'une opération; j'enlevais la kéloïde, la guérison fut définitive et il n'y eut pas de récidive.

M. DESPRÈS. A première vue, il m'avait semblé que la tumeur présentée par M. Legouest était bien plutôt un molluscum éléphantiasique; mais il me semble y reconnaître des masses crétacées et des hypertrophies glandulaires; un examen au microscope me permettra de me prononcer plus sûrement dans la prochaine séance.

M. TRÉLAT. A part la cicatrice ancienne, les téguments qui recouvrent cette tumeur me paraissent intacts; les kéloïdes envahissent la surface et la profondeur de la peau; dans celle-ci, la superficie du derme paraît intacte; aussi cette pièce me paraît-elle se rapporter plutôt à une hypertrophie générale du derme.

Pour M. Cruveilhier, les pressions souvent répétées peuvent être cause de cette hypertrophie, peuvent même amener l'apparition de lipômes; la pression du col d'uniforme ne peut-elle pas être invoquée à l'étiologie de cette tumeur, comme cela existe pour quelques cas cités par M. Cruveilhier?

M. LEGUEST. La tumeur siégeait au-dessus d'un niveau auquel ne peut atteindre le col. Quant à la nature de la tumeur, je rappellerai à MM. Desprès et Trélat que je l'ai présentée comme une hypertrophie générale des éléments du derme.

M. GIRALDÈS. S'agit-il d'une hypertrophie du derme, ou d'une prolifération du tissu cicatriciel? Cette dernière lésion est fréquente

en Europe; les chirurgiens anglais ont observé souvent des kéloïdes à la suite des cicatrices produites par la bastonnade. On l'observe dans les cicatrices des brûlures, chez les enfants scrofuleux; c'est ainsi que j'ai vu, chez une jeune fille, que toutes les égratignures dont elle était couverte avaient donné partout naissance à des kéloïdes. Dans cette prolifération du tissu des cicatrices, on ne trouve ni glandes sudoripares, ni glandes pilifères, et si dans la tumeur que nous présente M. Legouest on trouve, au contraire, tous les éléments du derme hypertrophiés, ce n'est pas à une véritable kéloïde cicatricielle que nous avons affaire.

M. DEMARQUAY. L'existence de récidives sur place nous conduit logiquement à admettre qu'il doit y avoir quelque chose de spécifique dans la nature des kéloïdes. Quant à moi, je me garde d'y toucher, tant je suis convaincu du danger de la répullulation. Ainsi, j'ai refusé d'opérer une dame qui avait la poitrine couverte de kéloïdes, résultant de l'application d'un emplâtre de tartre stibié. Mais, si je suis forcé d'intervenir, je crois nécessaire de dépasser les limites apparentes du mal; c'est ce que j'ai fait en enlevant une partie de l'oreille pour une kéloïde des lobules.

M. TRÉLAT. Il est démontré que quelques tumeurs bénignes formées par l'hypertrophie d'éléments normaux, peuvent récidiver sur place, et même se généraliser; c'est ce qui existe pour les fibromes, les névrômes, etc. On ne saurait donc se servir de la possibilité de récidive pour donner à certaines tumeurs le caractère de la malignité.

M. FORGET. Les faits invoqués par M. Trélat sont exceptionnels; si les lipomes se sont reproduits sur place, il ne saurait être prouvé que cette récidive est réelle plutôt qu'apparente. Il peut rester une partie de la tumeur, laquelle continue à croître; il peut y avoir aux environs une petite tumeur de même nature, encore en quelque sorte à la période fœtale, laquelle en se développant, en accomplissant à son tour son évolution, peut faire croire à une récidive. Il en est autre chose des tumeurs qui se récidivent réellement, c'est-à-dire se reproduisent sur place, et ce serait manquer aux règles de la logique scientifique, ce serait introduire en nosologie une confusion fâcheuse, que de confondre des tumeurs d'un caractère si différent.

M. TRÉLAT. Notre divergence ne porte que sur l'interprétation des faits, et non sur les faits eux-mêmes. Il suffit qu'on ait cité des cas authentiques de récidive d'une tumeur, pour qu'on puisse faire figurer parmi les caractères de cette tumeur la possibilité de la reproduction.

M. DEMARQUAY. Il ne faut pas confondre les hypertrophies partielles du derme, qu'on observe quelquefois après les brûlures, avec

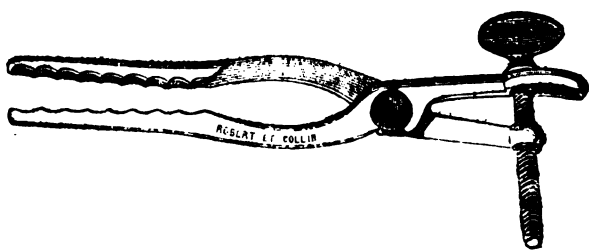
les véritables kéloïdes. Ces hypertrophies peuvent disparaître par le temps et par une bonne médication.

J'ai donné, il y quelques années, d'accord avec M. Nélaton, un certificat à un homme brûlé par un jet de vapeur, et portant une de ces formes d'hypertrophie kéloïdienne. Cet homme obtint une assez forte indemnité, son affection ayant été regardée comme incurable. Cependant, quelques années après, il était guéri.

Tumeur cancéroïdale de la main. — M. DEMARQUAY présente une tumeur cancéroïdale de la main qui a nécessité l'ablation du premier et du second métacarpiens. L'objet de cette observation est une femme de 60 ans. Il y a cinq ans, elle constata qu'elle portait une petite verrue sur le dos de la main. Il y a dix-huit mois, cette petite tumeur avait le volume d'un franc. Depuis 15 mois un pharmacien a pratiqué cinq cautérisations avec le caustique de Vienne, qui ne fit qu'accroître le mal. En effet, le 14 novembre, au moment de son entrée dans notre service, on trouve, entre les deux derniers métacarpiens (face dorsale), une tumeur ulcérée, à fond grisâtre; les fonds en sont taillés à pic; ils sont grisâtres, verruqueux, assez durs. L'espace interosseux palmaire est rempli par une tumeur arrondie qui se continue avec l'ulcération; elle est du volume d'une noix, de consistance dure, très-douloureuse; le siège d'élancements. M. Demarquay, pour débarrasser cette malade, a dû enlever les deux premiers métacarpiens. Il a eu recours à un procédé qui lui a permis de conserver un petit lambeau palmaire. Les os du carpe étaient tellement ramollis qu'ils se sont laissés couper par le bistouri.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. PANAS présente un entérotome dont il a fait usage avec succès dans un cas d'anus contrenature, dans lequel l'orifice fistuleux n'avait



pas plus de 5 millimètres de diamètre. Après avoir tenté à deux reprises et inutilement d'appliquer l'entérotome de Dupuytren, M. Pa-

nas a fait subir à cet instrument les modifications suivantes : les branches, diminuées de longueur, ont notablement allégé le poids de l'instrument, bien que leur épaisseur ait été augmentée. Les branches, s'unissant par une articulation semblable à celle du forceps anglais, peuvent être introduites séparément et avec une facilité beaucoup plus grande.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 1^{er} DÉCEMBRE 1869.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — *Le Bulletin de thérapeutique.*
— *L'Art dentaire.* — *La Gazette médicale de Strasbourg.* — *Le Marseille médical.*

— *Mal vertébral de Pott, scoliose, nouveau traitement orthopédique,* par le docteur Justin Quintaa, broch. in-8°, 1869.

— M. le docteur Gyoux (de Bordeaux), adresse un travail imprimé sous le titre : *Étude statistique et hygiénique sur la diphtérie cutanée.* — In-8°, Paris, 1869. — J. B. Baillière.

— M. le docteur Ehrman (de Mulhouse), membre correspondant de la Société, adresse une *Étude sur l'uranoplastie dans ses applications aux divisions congénitales de la voûte palatine.* — Mémoire in-4° ayant remporté le prix Barbier en 1867. — Remerciements.

— M. Giraldès dépose sur le bureau, de la part du conseil du collège des chirurgiens d'Angleterre, un exemplaire du *Calendar of the Royal college of Surgeons of England*, juillet 1869.

Ovariectomie. — M. KOEBERLE, membre correspondant, adresse la lettre suivante :

Monsieur le président, je viens de lire dans le compte rendu, de la séance du 17 novembre, de la Société de chirurgie, une communication de M. Liégeois où il est question d'une femme qu'il a opérée avec succès, et que j'aurais déclarée absolument inopérable, en lui recommandant de ne se laisser opérer par personne. Cette assertion est complètement inexacte. J'ai reconnu, au contraire, que la malade était en très-bon état. La tumeur était sans adhérence; elle présentait, ainsi que M. Liégeois l'a lui même constaté, une sensation de frottement vibrotoire très-nette par le déplacement des téguments, ce qui indique toujours une absence d'adhérence dans les points où ce signe peut être constaté. J'ai conseillé, il est vrai, à la malade de ne pas *se faire opérer*, l'ovariectomie n'étant pas indiquée au moment où elle est venue me consulter. La malade était mère de famille; elle était avancée en âge; le kyste avait un petit volume et s'était développé très-lentement; la santé n'était nullement compromise. Intervenir dans ces conditions, c'eût été exposer prématurément la malade aux chances d'une opération. Ce qui prouve qu'il n'y avait pas urgence, c'est que la malade a pu attendre encore plusieurs mois sans inconvénient. Les conditions ayant changé par suite de l'accroissement de la tumeur, M. Liégeois a bien fait d'intervenir, et je le félicite de son succès, mais j'ai le droit de m'étonner qu'il m'ait attribué gratuitement une opinion si peu conforme à celle que j'avais exprimée. Les personnes qui m'ont vu opérer savent très-bien que je ne recule pas devant les difficultés, mais je ne me laisse pas entraîner à faire une opération par cela seul qu'elle est facile. Il faut avant tout qu'elle soit indiquée.

J'ai fait jusqu'à présent 123 ovariectomies, dont 75 cas seulement ont été publiés. Sur ces 68 cas non publiés, il y a eu 11 morts. Les deux dernières opérations ne datent que de samedi dernier et d'aujourd'hui, mardi. Parmi ces cas, plusieurs sont très-remarquables. J'aurai l'honneur d'adresser prochainement à la Société de chirurgie une communication plus étendue.

Veillez, monsieur le président, etc.

Statistique des opérations chirurgicales.

MM. les docteurs Labarre (Verdun), Lagarde (Verdun), Hemelot (Saint-Mihiel), Dupont (Saint-Mihiel), Bénéit (Damvilliers), Hucherelle

(Montmédy), Spiral (Montmédy), Japin (Étain), Parisot (Étain), Common (Longuyon), De Chilly (Vaucouleurs) adressent, par l'intermédiaire de M. Liégeois, le relevé des opérations pratiquées par eux. M. Liégeois y ajoute la liste de celles qu'il a pratiquées à Étain (Meuse).

Kéloïdes.

M. GUÉNIOT. A propos des tumeurs kéloïdiennes, je mentionnerai un fait intéressant que j'ai eu l'occasion d'observer dernièrement chez une jeune dame, d'un tempérament lymphatique. Une succession nombreuse de furoncles s'était produite pendant les premiers mois d'une première grossesse; ces furoncles, très-variables en volume, depuis celui d'un petit pois jusqu'à celui d'une amande, avaient offert cette particularité que le côté droit du tronc se trouvait seul affecté. Les plus gros, au nombre d'une dizaine, furent ouverts avec la lancette par le mari de la patiente, qui est un confrère distingué. L'éruption s'éteignit dans la seconde moitié de la grossesse; mais les cicatrices des furoncles devinrent le siège d'un développement hypertrophique qui en constitua autant de tumeurs kéloïdiennes. Après l'accouchement, ces tumeurs (dont trois avaient atteint chacune le volume d'une amande), eurent quelque tendance à décroître. Toutefois, elle persistent encore aujourd'hui quoique sept mois se soient écoulés depuis l'accouchement. Elle ne sont accompagnées d'aucune douleur, mais elles provoquent une démangeaison désagréable.

M^{me} G... (Claudine), âgée de 38 ans, fut traitée par un médecin, en décembre 1860, pour les douleurs arthralgiques de l'épaule, au moyen de la cautérisation transcurrente avec le fer rouge.

Quand elle me fut présentée, en décembre 1861, je constatai onze traînées légèrement obliques dans le sens vertical en arrière de l'épaule droite.

Parmi ces traînées cicatricielles, sept sont dures, saillantes, roses ou violacées suivant l'état de la température ambiante. Leur surface est luisante, elles ont en moyenne une longueur de 8 centimètres et sont douloureuses à la pression. Elles sont le siège d'élançements que la malade compare à ceux d'un abcès qui est sur le point de s'ouvrir.

M. DESPRÈS. J'ai examiné au microscope la tumeur présentée par M. Legouest. On y trouve, à la coupe, des ilots blancs, durs, formés par un tissu serré blanc. Les glandes sébacées sont augmentées notablement de volume et on les distingue à l'œil nu. A un grossisse-

ment faible, on trouve des éléments fibreux volumineux et présentant la disposition normale du feutrage du derme. Nulle part, il n'y avait d'éléments fibroplastiques ou d'épithélium, les glandes étaient normales sauf l'hypertrophie des glandes sébacées et l'atrophie des glandes sudoripares.

Pour ce qui est de la nature de la tumeur il me paraît qu'il ne s'agit point là d'une kéloïde telle qu'on l'entend dans notre pays. En effet, nous sommes à peu près d'accord pour réserver le nom de kéloïde à une tumeur qui se développe sur les cicatrices. Les auteurs allemands reconnaissent plusieurs lésions capables d'être appelées kéloïdes, en dehors des hypertrophies des cicatrices. M. Virchow, en effet, dit que l'on a compris dans les kéloïdes plusieurs tumeurs de diverse nature.

M. BLOT. Il serait à désirer qu'on pût savoir dans quelques mois ce que seront devenues les tumeurs de la malade de M. Guéniot. Cette femme était enceinte, or nous savons que la femme enceinte est sujette à des hypertrophies qui disparaissent souvent après l'accouchement. L'hypertrophie momentanée du cœur est même une chose normale en quelque sorte. Les recherches que j'ai faites à cet égard, en pesant comparativement un grand nombre de cœurs, ne laissent aucun doute sur ce point. Quant à la nature de la kéloïde, je partage complètement l'avis de M. Giralès qui en a donné une bonne description, c'est une genèse exagérée des éléments du tissu intestinal.

M. LARREY. Un chirurgien militaire, M. L'honneur, a publié sur la kéloïde une thèse excellente, qui a été un des premiers travaux complets sur la question. J'ai présenté autrefois à la Société une observation de M. Longmoore, qui était un bel exemple de kéloïde survenue après une bastonnade.

M. GIRALÈS. Si les auteurs allemands ont décrit d'après le microscope les ulcérations anatomiques auxquelles nous donnons le nom de kéloïdes, si Virchow les décrit à l'article sarcomes, il les divise en kéloïdes cicatricielles et kéloïdes spontanées, et la confusion sur ce point est un peu due à Alibert. Aujourd'hui il est bien établi, grâce aux travaux de Longmoore, de Cæsar Hawkins et de Follin, qu'il y a là une hyperplasie et non une néoplasie, et il ne faut pas mêler les maladies des cicatrices avec les tumeurs néoplasiques.

M. DESPRÈS. M. Giralès et moi sommes du même avis, malgré des dissidences apparentes, mais c'est en France seulement que l'on a bien étudié la kéloïde cicatricielle. Lebert et Follin on bien fait

voir que la kéloïde était un état des cicatrices tel que les bourgeons charnus restent saillants et se recouvrent d'épithélium prématurément. La tumeur est composée d'éléments embryoplastiques et de corps fusiformes, qu'on rencontre dans toutes les cicatrices en voie de formation. Ce qui manque, c'est la rétraction du tissu de cicatrice, la transformation fibreuse fait défaut.

Eu égard aux opinions formulées par les auteurs allemands, je dois dire que depuis Hawkins et Alibert, ils ont cherché ce qui correspondait aux descriptions de l'auteur anglais et de l'auteur français, et ils sont arrivés à dire que ce qui était désigné sous le nom de kéloïde comprenait des sarcomes, des fibromes et des éléphantiasis. Et ceci est si vrai, que dans le *Traité des tumeurs* de M. Virchow, qui résume les travaux allemands, on trouve une mention de la kéloïde à propos de l'éléphantiasis et des fibromes, et à propos du sarcome de la peau.

COMMUNICATION

Blessure de l'artère carotide primitive et de la jugulaire interne par arme à feu.—Anévrysme artério-veineux.—M. VERNEUIL. M. X..., épicier, 40 ans, petite stature, bonne constitution, demeurant à Aubervilliers, fut blessé, le 5 novembre 1869. Après un repas copieux, il se tira lui-même, et par mégarde, un coup de revolver à bout portant. Le choc fut assez fort pour provoquer un peu d'écoulement sanguin par le conduit auditif externe. Cependant, il n'y eut pas perte de connaissance, et le blessé put regagner sa chambre, située à l'étage supérieur.

La plaie ne fournit qu'une minime quantité de sang. M. le docteur Gillon fut appelé le soir même et se contenta de prescrire le repos et des applications froides, ayant remarqué dès l'abord un thrill très-tendue dans la région blessée; il ne voulut rien entreprendre et me fit mander.

Nous vîmes le blessé le lendemain, à six heures, vingt heures environ après l'accident.

Il était demi-assis dans son lit, la tête dans l'extension et la face tournée du côté opposé à la blessure. Celle-ci siégeait au côté droit du cou, à 8 centimètres de l'articulation sterno-claviculaire, à 2 centimètres environ au dessous du point où la carotide primitive se bifurque normalement, et répondait au muscle sterno-mastoïdien, à distance égale de ses bords antérieur et postérieur.

La plaie, petite, mesurant à peine 5 à 6 millimètres de diamètre, était remplie par un petit caillot. Toute la région latérale du cou

était soulevée par un gonflement diffus assez médiocre, mais ne présentait pas de tumeur distincte ni circonscrite. L'application de la main révèle aussitôt l'existence d'un frémissement très-intense dont le maximum répond au point blessé, mais qui s'étend en diminuant jusqu'à l'apophyse mastoïde et jusqu'à la clavicule, régnant d'ailleurs dans une largeur de 5 à 6 centimètres.

L'oreille, appliquée avec précaution, constate un double bruit de souffle très-fort, ou bruit de rouet, présentant la même étendue et la même décroissance que le thrill. La palpation ne reconnaît, d'une manière évidente, ni battement, ni expansion. A la vérité, l'exploration est faite avec les plus grandes précautions, et j'évite toute pression forte à cause de la douleur que provoque le moindre attouchement.

Toute la région du cou est douloureuse, et les mouvements spontanés ou provoqués sont pénibles. Le malade accuse en outre de la dysphagie du côté droit. Il y a de la céphalalgie, un peu de fièvre avec pouls dur et assez fréquent. Le blessé est inquiet et n'a point dormi depuis l'accident.

Le diagnostic n'est guère douteux ; le projectile a traversé obliquement, de bas en haut et de dehors dedans, la peau et le muscle sterno-mastoïdien, puis il a blessé la veine jugulaire interne et la carotide. Enfin, il s'est probablement arrêté près de la paroi du pharynx, sans pénétrer cependant dans cette cavité, car il n'y a pas eu d'expectoration sanguine. Rien n'indique que le pneumo-gastrique ni le grand sympathique aient été atteints. La plaie artérielle est sans doute peu étendue, car le pouls se sent à la temporale droite avec autant de facilité et de force que du côté gauche.

La veine jugulaire interne paraît dilatée, mais sans mouvements d'expansion.

La gaine des vaisseaux paraît remplie de sang épanché. En présence d'une telle lésion et aucun accident pressant ne faisant craindre un danger prochain, je me prononçai pour l'abstention et l'expectation attentive.

L'attitude prise par le malade était favorable à l'hémostase. Le muscle sterno-mastoïdien distendu, comprimait l'épanchement sanguin, et la distention elle-même tendait à rapprocher les fibres écartées et rompues par le projectile. Celui-ci, de forme conique, de 7 millimètres environ de diamètre transversal, n'avait fait qu'une voie étroite dont on pouvait espérer la guérison sans suppuration, et qui d'ailleurs, creusée à travers un muscle épais, était peu propre à donner passage à une hémorrhagie.

J'ordonnai l'application continue d'une vessie remplie de glace, l'administration immédiate de l'opium et de la digitale, et au besoin une saignée du bras si la fièvre augmentait. Boissons froides; diète.

Sans instruire complètement le malade de la gravité de sa blessure, je lui fis néanmoins comprendre l'extrême importance du repos absolu, le danger de tout mouvement brusque et de toute ingestion excitante. Je lui annonçai également qu'il fallait un peu laisser à la nature le soin d'enkyster ou d'éliminer le projectile.

En même temps, je donnai des instructions aux personnes de la famille. Au cas où une hémorrhagie surviendrait, j'indiquai le point où il faudrait comprimer en attendant l'arrivée de mon confrère, et nous quittâmes le malade assez inquiets sur l'avenir de notre blessé. En cas d'hémorrhagie, en effet, il ne s'agissait de rien moins que d'aller lier les deux bouts de l'artère et de la veine, opération dont il est inutile de rappeler les difficultés et le péril.

Je m'attendais, d'un moment à l'autre, à être mandé ou à apprendre une catastrophe; il n'en fut rien. La fièvre et l'agitation se calmèrent; la douleur locale disparut, ainsi que la dysphagie; les mouvements du cou redevinrent libres, et, en dépit de tous les conseils, le blessé sortit de son lit le cinquième jour, prétendant ne plus rien ressentir dans le point blessé.

Je revis M. X... le 14 novembre au matin. Il était levé et faisait sa toilette. J'examinai avec soin le côté droit du cou. La petite plaie était très-réduite; elle était obstruée par un petit caillot sec, autour duquel on voyait un liséré rouge de 1 millimètre à peine de largeur; induration très-limitée du muscle; pas d'autre trace d'inflammation locale. Un peu de douleur à la pression, aux alentours immédiats de la blessure. Point de tumeur ni de soulèvement de la région; point de battement ni d'expansion appréciable à la vue. Le thrill s'étend toujours dans toute la hauteur du cou, mais il occupe une moindre largeur, car il dépasse à peine les bords du sternomastoïdien. Il a toujours son maximum au niveau de la plaie, mais devient très-faible de haut en bas.

Le double bruit de souffle est toujours très-intense; il s'entend jusqu'à la base du crâne, puis il dépasse de beaucoup, en bas, la racine du cou; il se propage très-évidemment dans le tronc brachio-céphalique veineux droit, et jusque dans la veine cave supérieure.

Les battements du cœur sont assez lents, mais sont réguliers. En auscultant au niveau de la peau du sternum, on les entend, et simultanément le double bruit de souffle.

La partie droite du cou présente une large ecchymose qui se prolonge en bas, sous les téguments de la poitrine, jusqu'au mamelon gauche, ce qui est dû sans doute au décubitus sur le côté opposé à la blessure, que le malade a conservé plusieurs jours. Je n'ai remarqué aucune dilatation des veines superficielles du cou.

Tel était l'état du blessé onze jours après l'accident. Je ne l'ai pas revu, mais il ne paraît être survenu depuis ni accident, ni modification notable. Quoique incomplète encore, cette observation m'a paru digne de vous être communiquée, car je me propose en même temps de vous demander un conseil. Que deviendra cette lésion? Restera-t-elle au point où je l'ai laissée, ou s'aggravera-t-elle, ou tendra-t-elle vers la guérison spontanée complète. J'incline vers la première supposition et pense que le blessé est dès à présent atteint d'une infirmité permanente. Si elle reste stationnaire, elle sera, il est vrai, très-supportable, car il n'y a actuellement aucun trouble, ni du côté des sens, ni en quelque point que ce soit. Malgré son intensité à l'auscultation, le bruit de souffle n'est nullement soupçonné par le patient, dans quelque attitude qu'il se place, et on ne peut lui faire croire qu'il est atteint d'une affection sérieuse.

Je donnerai plus tard des renseignements supplémentaires, mais je voulais savoir de vous si, comme j'y suis disposé, il faut s'abstenir de tout traitement chirurgical, ou si on doit tenter l'essai de la compression directe sur le point blessé dans l'espoir d'oblitérer la communication des deux vaisseaux. Je ne crois pas qu'il y ait grande chance de succès; peut-être même cette tentative ne serait pas sans inconvénients; mais comme le moment serait venu d'agir, si on le doit, je n'ai pas voulu attendre plus longtemps pour invoquer vos lumières.

M. LÉON LE FORT. Les observations d'anévrysme artério-veineux du cou sont assez rares; cependant il est probable que des projectiles ont dû intéresser plusieurs fois simultanément la carotide et la jugulaire, et que la mort a dû être la conséquence immédiate de l'hémorrhagie; mais lorsque le malade survit aux premiers accidents, il semble que la lésion n'ait ultérieurement qu'une gravité modérée, et dans tous les cas il paraît indiqué de s'abstenir de toute opération, comme l'a fait M. Verneuil. En effet, nous connaissons au moins huit cas de semblables anévrysmes chez des malades observés par Guillaume (de Metz), Marx, Ruz, Randolph, Joret (de Vannes); chez deux sergents par Larrey père, etc. Marx voulut essayer la compression et détermina des éblouissements qui l'engagèrent à s'arrêter. Randolph, en 1836, lia la carotide. La nuit même, survint du

coma et la mort. Les autres cas traités par l'expectation ne furent pas suivis d'accidents graves, sauf celui de Joret (de Vannes). Le malade mourut quinze jours après la blessure; mais il faut ajouter qu'on retrouva la balle du pistolet dans l'intérieur même de la jugulaire. Du reste, il est très-remarquable de voir l'innocuité relative des anévrysmes artério-veineux comparés aux anévrysmes artériels, même quand ils siègent sur de gros vaisseaux.

C'est ce que j'ai déjà eu l'occasion de montrer à la Société, à propos d'un cas d'anévrysme artério-veineux de la sous-clavière, pour lequel M. Letenneur, de Nantes, avait demandé l'avis de la Société. Alors, comme aujourd'hui, j'étais partisan de l'expectation.

M. GUYON. Le malade de M. Letenneur se porte aujourd'hui très-bien. M. Letenneur l'a vu il y a deux ans, à Rome; sa santé était excellente, malgré la persistance de l'anévrysme. Il s'agissait d'un anévrysme de la sous-clavière et du tronc veineux brachio-céphalique.

M. GIRALDÈS. Les anévrysmes artério-veineux de la carotide à la partie supérieure et près de la bifurcation de cet artère sont plus rares, et dans ce cas, le développement des veines n'est plus aussi marqué. Je rappellerai l'exemple que j'ai présenté à la Société.

Il s'agissait d'un individu ayant reçu, à la région supérieure du cou, un coup de feu ayant perforé la veine et l'artère. Le projectile était logé entre la carotide et la jugulaire. Au bout d'un mois, le blessé put sortir de l'hôpital.

M. TILLAUX. Je crois, comme mon collègue, que M. Verneuil a bien fait de s'abstenir, car son malade a une varice anévrysmale et non un anévrysme variqueux, et la première variété comporte une intégrité assez complète des fonctions, prédispose trop peu aux accidents graves pour qu'on doive intervenir, sauf les cas de nécessité absolue. Toutefois, si une intervention était jugée convenable, préférerais-je, à tout autre moyen, la compression au-dessus et au-dessous de la communication, méthode qui a donné de beaux succès à M. Vanzetti, tout en reconnaissant que, dans la région carotidienne, ce mode de traitement serait d'une application difficile.

M. CHASSAIGNAC a observé un anévrysme artério-veineux à la jambe par suite de coup de feu. M. Biarnès voulait une opération; on se contenta de l'application d'un bas lacé, qui suffit pour remédier à la gêne résultant de la communication de l'artère et de la veine tibiale postérieure.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel ; LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1869.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— *De la régénération des os sur l'ostéoplastie périosto-médullaire*, par le docteur Brun-Séchaud. Broch. in-8. Limoges, 1869.

— M. le docteur L. Penières adresse, pour le concours du prix Duval de 1870, deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *Des résections du genou*.

Anévrysmes artérioso-veineux de la carotide.—M. GIRALDÈS présente un dessin représentant les lésions anatomiques existant chez un malade dont l'observation a été publiée dans les Bulletins de la Société anatomique, année 1854. Chez ce malade, blessé par un coup de feu, la balle fut retrouvée entre la carotide et la jugulaire, en communication l'une avec l'autre.

M. GUÉRIN. Dans la dernière séance, M. Léon Le Fort a cité le cas d'anévrysme artério-veineux de la carotide et de la jugulaire publié par M. Joret, de Vannes. Cette observation, qui a trait à un malade que j'ai parfaitement connu, ne saurait être telle qu'elle existe dans la science. Le malade a vécu, *non pas* quinze jours, mais deux ans.

ÉLECTIONS

Commission pour la nomination de deux associés étrangers :

MM. Giraldès,
Le Fort,
Chassaignac,
Panas.

Commission pour la nomination de quatre correspondants nationaux :

MM. Guyon,
Giraldès,
Le Fort,
Depaul,

Grefle épidémique — M. REVERDIN lit un travail renvoyé à une commission composée de MM. Guyon, Chassaignac, Després.

COMMUNICATIONS

Lithotritie périnéale. — M. DOLBEAU. Messieurs, au mois de janvier 1863, j'ai pratiqué, pour la première fois, à Paris, une opération à laquelle j'ai cru devoir donner le nom de lithotritie périnéale. Mon malade a guéri très-rapidement. Au mois d'août dernier, il me donnait encore un témoignage de sa reconnaissance.

Depuis, j'ai eu l'occasion de pratiquer vingt-et-une fois la même opération. Tous mes malades ont guéri, sauf le dernier opéré. Celui-là, je l'ai opéré avec l'assistance de mon collègue Horteloup ; M. Legouest assistait à l'opération.

Jusqu'ici l'opération de la lithotritie périnéale n'a été pratiquée que par moi, et tous mes efforts pour engager mes confrères à me suivre dans cette voie nouvelle ont jusqu'ici été sans résultats. Pour entraîner la conviction des chirurgiens, j'ai le projet de publier la statistique intégrale de mes opérations.—Aujourd'hui, je veux seulement démontrer, pièces en mains, que la lithotritie périnéale est une opération réglée, et que diverses propositions avancées par moi dans mon *Traité de la pierre* sont aujourd'hui rendues évidentes par l'autopsie.

Mon malade, âgé de 67 ans, opéré pour un calcul volumineux très-dur, allait absolument très-bien lorsque, le huitième jour, il donna les signes d'un dérangement notable dans ses facultés intellectuelles.

Dans la nuit du douzième jour, on le trouvait pendu à la corde de son lit, et le quinzième jour il succombait après avoir refusé de prendre des aliments pendant une semaine.

C'est un mort, mais je crois être dans le vrai en n'imputant pas l'insuccès à l'opération seule.

Voici, en quelques mots, les différents temps de l'opération que j'ai pratiquée, c'est-à-dire le manuel opératoire de la lithotritie périnéale :

1° Incision de la peau et du tissu cellulaire dans une étendue de 2 centimètres maximum, depuis la muqueuse du pourtour de l'an us en se dirigeant vers la partie antérieure du périnée, et exactement sur la ligne médiane.

2° Ponction du cathéter dans l'angle postérieur de la plaie.

3° Dilatation graduelle du trajet de la ponction.

4° Dilatation du col de la vessie dans toute l'étendue de l'instrument, c'est-à-dire moins de 2 centimètres de diamètre.

5° Fragmentation de la pierre et extraction de nombreux fragments.

L'opération a été régulière, et tout nous faisait espérer un succès lorsque, par suite de circonstances diverses, le malade a succombé le quinzième jour qui a suivi la tentative opératoire. L'autopsie a été faite avec le plus grand soin, et il me reste à vous démontrer l'importance des faits qui nous sont révélés par la dissection.

Messieurs, on peut voir, sur la pièce que je mets sous vos yeux, les particularités suivantes :

1° La vessie a ses dimensions normales; ses parois sont épaisses, très-muscleuses; la muqueuse est blanche, lisse, ne présente aucune ulcération, aucune déchirure, aucune coloration anormale tenant à une inflammation de l'organe ou bien encore à la présence de sang dans les tissus sous-jacents.

2° Le col de la vessie, et c'est sur ce point que j'attire toute votre attention, le col de la vessie, dis-je, est normal. Quoique le malade soit âgé de 67 ans, l'orifice uréthro-vésical a encore sa forme circulaire; la muqueuse qui revêt l'orifice interne de l'urètre est intacte, sans traces de déchirure ni de contusion. Il faut ent'rouvrir cet orifice pour apercevoir la déchirure linéaire de la portion membraneuse de l'urètre, suite prévue de l'application du dilatateur.

Je le dis de nouveau, le col de la vessie est absolument intact, et lors de l'autopsie, nous avons trouvé la vessie remplie d'urine, ce qui démontre que l'orifice était demeuré fermé.

Si vous prenez la peine d'examiner l'urètre et ses dépendances, vous remarquerez :

1° Que l'urètre est intact, depuis le méat jusqu'à 2 millimètres au delà du collet du bulbe ;

2° Qu'à 2 millimètres au delà du collet du bulbe, commence une déchirure linéaire, médiane, qui s'arrête un peu avant l'orifice interne de l'urètre ou col muqueux de la vessie. La région membraneuse, déchirée par en bas, offre sa paroi supérieure demeurée intacte.

3° Que le bulbe de l'urètre est sain, normal; l'incision n'a pas intéressé le tissu de cet organe.

4° Que les muscles du périnée sont tous sains; que les vaisseaux ne présentent aucune trace de blessure ou d'inflammation.

Enfin, messieurs, si vous voulez examiner les choses avec soin, vous constaterez :

1° Qu'il y a sur le raphé médian du périnée une incision de 2 centimètres, et que cette incision, qui commence exactement à l'anus pour se porter en avant, ne présente aucune trace d'inflammation.

2° Que de la plaie périnéale ou orifice cutané, part un canal assez régulier qui aboutit au col de la vessie ou orifice muqueux de cette voie accidentelle créée par le dilateur.

3° Que les parois de ce canal sont, en arrière, la paroi antérieure du rectum demeuré intact; en avant, le bulbe refoulé, puis la paroi antérieure ou supérieure de la région membraneuse.

Ce canal accidentel, qui aboutit à la vessie, mesure environ 6 centimètres; il est tapissé par une couche granuleuse qui aurait fourni les moyens de la réparation de la plaie.

En résumé, messieurs, et sans insister sur les circonstances spéciales au malade, la pièce anatomique que j'ai mise sous vos yeux démontre que la lithotritie périnéale, telle que je la pratique depuis près de dix ans, est une opération régulière et réglée. La pièce justifie les propositions qui font la base de mon opération, savoir :

1° La possibilité de créer une voie régulière de l'anus à la vessie sans intéresser ni le bulbe, ni le rectum, ni le col de la vessie, ni les vaisseaux de la région.

2° La possibilité d'introduire dans la vessie des instruments divers destinés à casser la pierre et à en extraire les fragments sans rompre le col vésical et sans faire cesser la contention physiologique de l'urine dans la vessie.

M. CHASSAIGNAC. Ce que vient de nous dire M. Dolbeau, montre combien il est utile de substituer la déchirure ou l'écrasement à l'emploi de l'instrument tranchant, et la supériorité des procédés qui évitent l'écoulement du sang, en évitant l'ouverture des vaisseaux.

M. GIRALDÈS. La communication de M. Dolbeau nous montre aussi, et nous prouve une fois de plus, combien l'opération de la taille doit être faite en dehors des règles posées dans les traités de médecine opératoire. Quant on fait l'incision le plus bas possible, c'est-à-dire près du rectum, on est frappé de la facilité avec laquelle on rencontre le cathéter. Il y a une vingtaine de jours, dans une opération de taille, je fis une incision du col aussi petite que possible, je le dilatai avec le doigt et je pus, en introduisant des tenettes d'enfant, extraire des calculs aussi gros que des œufs de pigeon. La nécessité d'une petite incision du col et de la prostate est procla-

mée depuis longtemps, et grâce à cette précaution, Martineau sur 70 tailles n'eut aucun cas de mort. La taille médiane d'Allarton, avec écrasement des pierres, est une excellente méthode, mais la modification apportée par M. Dolbeau me paraît heureuse.

M. PERRIN. Je ne puis partager sur deux points l'opinion de M. Giraldès. Le canal est plus difficile à trouver quand on se rapproche du rectum, parce qu'à cet endroit il est plus profondément placé.

En second lieu, il me paraît y avoir une grande différence entre le procédé de M. Dolbeau, qui se rapprocherait un peu de celui de Marianus Sanctus, et les autres méthodes antérieurement suivies. M. Dolbeau ne fait aucune incision au col, tandis que les incisions, quelque petites qu'elles soient, exposent à la blessure des veines du plexus et à la phlébite.

M. TILLAUX. Ce n'est pas du procédé de Marianus Sanctus, c'est du procédé de Jean des Romains que se rapproche l'opération faite par M. Dolbeau. Seulement Jean des Romains faisait une grande incision verticale allant du scrotum à l'anus.

M. DESPRÈS partage l'opinion de MM. Dolbeau et Giraldès, quant à la facilité de trouver l'urètre si l'on se rapproche du rectum. Cet intestin est vide jusqu'au niveau de la prostate, et la paroi antérieure n'est pas, comme on le dit dans les traités d'anatomie chirurgicale, séparée de l'urètre par un espace pyramidal à base inférieure. Pour ce qui est du peu de gravité de l'opération de la taille, je dirai que M. Pope, du Missouri, sur 61 tailles latérales a eu 61 succès, en faisant son incision très en arrière, grâce à la précaution de faire tirer en haut le cathéter.

M. DOLBEAU. Un malade opéré par moi, il y a quelques jours à l'hôpital Beaujon, garde ses urines pendant sept heures.

Kyste de l'ovaire, adhérent à la paroi abdominale, renfermant un liquide fétide et des gaz. — Ouvert à l'aide du chlorure de zinc. — Guérison. — **M. DEMARQUAY** présente une jeune femme, âgée de 32 ans, réglée à 13 et mariée à 17. Elle a eu deux enfants, le dernier à 11 ans. Il y a trois ans, le ventre a commencé à grossir surtout du côté gauche, depuis cinq mois la malade accuse des douleurs assez vives. Le 15 avril, elle entre dans son service pour une péritonite circonscrite surtout à la partie inférieure de l'abdomen. Le 5 mai, les accidents péritonéaux étant calmés, une ponction est faite dans le kyste de l'ovaire, d'où il s'écoule 3 à 4 litres de liquide fétide mêlé de gaz. La malade ne se

rétablit point; elle reste languissante, avec une fièvre hectique. Le 12 juin, nouvelle ponction, nouvel écoulement de liquide brunâtre fétide. Dès que la tumeur kystique est reformée, c'est-à-dire le 15 juin, M. Demarquay fait sur la ligne médiane une incision qui, partant de quelques centimètres au-dessous de l'ombilic, s'étend à quatre travers de doigt de la symphyse pubienne; dans cette incision qui comprend toute la peau et le tissu cellulaire, on place un gros morceau de pâte au chlorure de zinc; cette application détermine une grande escarre comprenant une partie de l'épaisseur des parois abdominales; deux autres applications sont encore nécessaires, mais le caustique porte sur une moins grande étendue. Ces applications ont non-seulement pour but d'ouvrir le kyste, mais aussi d'établir de solides adhérences dans une grande étendue. Le 6 juillet, cinq jours après la dernière application du chlorure de zinc, le kyste ovarique se rompt, et laisse écouler une grande quantité de liquide fétide mêlé de gaz. Afin de ne rompre aucune adhérence, M. Demarquay abandonne l'ouverture de ces sortes de tumeurs à elles-mêmes. On fait une série d'injections détersives avec une solution de permanganate de potasse, et le lendemain matin à la visite, on trouve une masse fongueuse, ramollie, en voie de sortir par la large ouverture faite à la tumeur, on attire cette masse au dehors, et le doigt, introduit dans la cavité de la tumeur déjà revenue sur elle-même, arrive sur le pédicule de cette masse fongueuse gangrenée. Un mouvement de torsion imprimé à ce produit morbide fait qu'il se détache. On s'assure qu'il n'y a plus aucun autre produit morbide dans la poche du kyste et on pratique des injections détersives, soit avec de la teinture d'iode étendue d'eau, soit avec une solution de permanganate de potasse animée d'alcool; cette masse extraite du kyste de l'ovaire fut mise dans une cuvette pleine d'eau, et il fut facile de constater qu'elle constituait un kyste, développé dans le grand kyste de l'ovaire.

C'est la mortification de ce kyste secondaire qui avait amené l'inflammation du kyste de l'ovaire, et qui produisait des gaz par sa décomposition, ce qui donnait au liquide ovarique une si grande fétidité. Dès que ce dernier temps de suppuration fut accompli, tous les accidents cessèrent. La malade reprit son appétit, ses forces revinrent, et on vit le kyste de l'ovaire revenir sur lui-même avec une grande facilité. Bientôt il fut réduit à une toute petite cavité. Sous l'influence des injections citées plus haut, la malade a pu quitter le service le 15 septembre, parfaitement guérie. Actuellement, sa santé n'a jamais été meilleure.

M. Demarquay se demande, en terminant, si la conduite qu'il a tenue dans cette circonstance, et qui était imposée par les circonstances, ne pourrait point être imitée dans certaines conditions. Ne pourrait-on pas, et ne devrait-on pas, dans le cas de kyste uniloculaire de l'ovaire quand il n'est point très-développé, et qu'on a lieu de croire à l'existence d'adhérences, au lieu de recourir à l'ovariotomie, qui présente tant de gravité dans ce cas et si peu de chances de succès, ouvrir le kyste de l'ovaire dans une grande étendue, par l'application de la pâte au chlorure de zinc, et faire ensuite des injections détersives au sein de la cavité kystique. Déjà cette pratique a été mise en usage par plusieurs chirurgiens, et par M. Demarquay lui-même, mais il n'avait point eu recours à une ouverture aussi large. Suivant lui, ce qu'il importe quand on a recours aux caustiques pour ouvrir soit un kyste hépatique, soit ovarique, c'est d'ouvrir largement, afin que les liquides s'écoulent avec facilité et qu'ils ne s'altèrent point, ce qui amène alors une infection putride.

M. BOINET. M. Jouon, de Nantes, a pratiqué une fois une ovariectomie par un procédé analogue à celui suivi par M. Demarquay. Il y a dans la science plusieurs faits antérieurs, que j'ai cités dans mon livre. Houston, en 1701, ayant affaire à un kyste volumineux, l'ouvrit par la potasse caustique. Il incisa l'escarre, mêla les liquides avec un petit bâton, et retira 10 kilogrammes environ de matières semi-solides.

Dans les cas d'adhérences très-étendues, la pratique suivie par M. Demarquay serait préférable à l'extirpation du kyste.

M. DEPAUL. J'avais depuis longtemps l'intention de communiquer à la Société le récit d'une opération semblable, pratiquée dans un cas de grossesse extra-utérine.

Une femme me fut amenée à l'hôpital comme atteinte d'une grossesse anormale. L'époque où l'accouchement aurait dû avoir lieu était depuis longtemps passée, et il me fut facile de constater qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine.

Cette femme avait eu plusieurs fois des inflammations péritonéales, et je fus, à l'hôpital, témoin d'une nouvelle atteinte de péritonite. Lorsque la crise fut calmée, je crus devoir intervenir, de peur de voir survenir de nouveaux accidents qui, cette fois, auraient pu être mortels. Je plaçai sur la ligne médiane une trainée de caustique de Vienne, de manière à mortifier la peau dans toute son épaisseur. Après 24 heures, je disséquai l'escarre et appliquai une nouvelle couche de caustique, qui mortifia cette fois les muscles et les aponé-

vroses. Deux ou trois jours après, nouvelle dissection de l'escarre, nouvelle mortification. Le lendemain, par un petit pertuis de la largeur d'une tête d'épingle, je vis suinter un liquide, au milieu duquel je vis des flocons de matière comme savonneuse, que je reconnus pour l'enduit sébacé qui couvre le fœtus. J'agrandis l'ouverture et je constatai directement la présence de l'enfant. J'agrandis de nouveau l'ouverture en haut et en bas, mais avec les plus grandes précautions, pour ne pas dépasser les limites des adhérences; cependant elle restait encore trop petite, car l'enfant avait le volume du fœtus à terme. Avec de forts ciseaux, je sectionnai l'enfant en plusieurs fragments, qu'il me fut ainsi facile d'extraire. La suppuration s'empara de la poche, elle revint peu après sur elle-même, et il ne restait plus qu'une fistule aboutissant à une cavité pouvant loger une petite pomme; la guérison, en un mct, était certaine, si elle n'était pas encore complète, lorsqu'au 18 ou 19^e jour après l'opération, la femme mourut en quelques heures du choléra, qui avait éclaté dans l'hôpital et avait fait dans mes salles plusieurs autres victimes.

Le résultat heureux, dès l'ouverture du kyste fœtal par la cautérisation, m'avait frappé, et je me suis demandé si la méthode ne serait pas applicable à l'opération césarienne. Ayant à pratiquer, il y a quelques jours, cette opération, j'avais songé à y avoir recours, et j'avais exposé à ma clinique mes idées à cet égard. J'ai reculé devant quelques considérations, parmi lesquelles se plaçait en première ligne ma répugnance pour des moyens thérapeutiques qui, en dehors de toute tentative antérieure, peuvent même de loin ressembler à de l'expérimentation. L'issue toujours funeste de l'opération césarienne à Paris m'autorise cependant à recourir à la méthode de la cautérisation.

M. DEMARQUAY. J'ai aidé, il y a vingt ans, Récamier à opérer par les caustiques dans un cas de grossesse extra-utérine, mais l'application ne fut pas assez largement faite, et l'insuccès fut probablement dû à cette circonstance. Il y a douze ans, j'ai répété cette opération, également pour une grossesse extra-utérine, et j'ai pu extraire tout le fœtus. Mais dans ce cas aussi, je fis une ouverture qui, bien que large lors de l'application du caustique, ne tarda pas à devenir trop étroite. C'est à cette circonstance que j'attribue l'insuccès de cette opération. Aussi, dans un cas publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, ayant affaire à un kyste renfermant du liquide filant couleur chocolat, j'appliquai sur la paroi abdominale une large trainée de la pâte au chlorure de zinc, j'ouvris et je vidai le kyste,

qui était multiloculaire; il revint peu à peu sur lui-même et le malade guérit. Ces faits sont, du reste, consignés dans la thèse de M. Depaul.

M. GUÉNIOT. L'ouverture a-t-elle été assez large pour qu'on ait la certitude qu'il s'agissait d'un kyste et non d'un hémato-cèle intra-utérin?

M. DEMARQUAY. La nature du liquide, lequel était filant et de couleur chocolat, ne me laissait guère de doutes. Ils eussent, du reste, été levés par cette circonstance, que j'ai pu extraire un kyste inclus, le redistendre et le présenter à la Société anatomique.

La séance est levée à 6 heures.

Le secrétaire annuel, LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1869

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *La Revue d'hydrologie médicale*. — *Le Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. — *La Gazette médicale de Strasbourg*. — *Le Montpellier médical*. — *Le Sud médical*. — *Le Bulletin médical du nord de la France*. — *Le Bulletin médical de l'Aisne*.

— *Mémoires et bulletins de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux*, t. III, 2^e fascicule, 1868.

— M. Gaillard de Parthenay adresse, avec la liste de ses opérations, une observation de *rupture de l'urètre*, renvoyée à une commission, composée de MM. Houel, Sée et Le Fort.

Statistique des opérations.

M. Lejeal adresse à la Société la statistique intégrale des grandes opérations pratiquées par lui à l'hôpital de Valenciennes.

■ **Polype naso-pharyngien. — Trois opérations. — Guérison.**
■ — M. LETENNEUR (de Nantes). — Le nommé C... (Auguste), âgé de
■ 16 ans, demeurant à Saint-Jean-de-Beugné (Vendée), m'est adressé
■ par son médecin à la fin de juillet 1867, pour un polype naso-
■ pharyngien.

■ Depuis un an, ce jeune homme éprouvait de la gêne dans la res-
■ piration et la déglutition et avait constaté lui-même avec le doigt
■ la présence d'une tumeur derrière le voile du palais. Deux épistaxis
■ abondantes avaient eu lieu depuis trois mois.

■ C... tient continuellement la bouche ouverte pour respirer; l'air
ne passe pas par les narines, si ce n'est immédiatement après les
mouvements de déglutition.

■ Lorsque la bouche est largement ouverte, on voit le voile du
palais projeté en avant et abaissé par une tumeur que l'œil n'aper-
çoit pas, mais que le doigt explore avec la plus grande facilité.

■ Cette tumeur est dure, élastique, à surface lisse, du volume d'un
œuf de poule, se rétrécissant à son point d'implantation qui a lieu à
la partie supérieure de l'apophyse basilaire, et à l'aile interne de
l'apophyse ptérygoïde gauche. Cette tumeur est mobile, on peut la
soulever, mais habituellement elle presse sur le voile du palais, et
ferme complètement les arrière-narines.

■ On sent que du côté droit c'est un appendice dépendant de la
tumeur, et non la tumeur elle-même, qui ferme l'orifice de la fosse
nasale.

■ Une sonde de femme, introduite dans la narine gauche, permet
de s'assurer que le polype est limité à l'arrière-gorge.

■ Sans avoir une grande confiance dans la ligature, je me décide à
y avoir recours, sauf à employer des moyens plus radicaux si cette
première opération est suivie de récurrence.

■ L'opération eut lieu le 1^{er} août.

■ Une anse fermée de fil de fer, recourbée sur le plat, fut introduite
dans la narine gauche, et vint faire saillie entre la tumeur et le
voile du palais. Cette anse fut attirée dans la bouche, élargie avec
une pince à polype, et reportée ensuite en arrière et au-dessus de
la tumeur au moyen de l'indicateur de la main gauche. Les chefs
furent engagés dans un serre-nœud, qui fut poussé en haut jusqu'au
pédicule. La section eut lieu lentement; elle dura dix minutes et ne
causa qu'une douleur assez vive à la région temporale.

■ **Examen du polype.** — Le polype représente assez bien, comme
forme générale, un cœur d'enfant, et mesure dans son diamètre

passa librement par les narines, surtout par la droite derrière le voile du palais, rencontre la surface de la tumeur, la plus étendue que sur la pièce anatomique, et qui mesure d'un millimètre au moins, par rapport avec la muqueuse.

Ce fait m'inspira des craintes au point de vue de la récidive. Cependant, je me décide à n'employer ni la rugination ni la cautérisation, et à observer l'opération.

Le malade partit pour la Vendée le 9 août, et me donna prochainement de ses nouvelles.

Il revint le 25 décembre suivant, un peu moins d'un mois après l'opération de la ligature.

Il nous raconta que peu de temps après son retour à Nantes, les hémorrhagies nasales avaient reparu, et que la tumeur avait repris un volume notable.

Au commencement de décembre elle soulevait le voile et on la sentait au niveau du bord de ce voile. La gêne à la déglutition était très-grande. Le malade se disposait à venir me consulter, que, tout à coup, il éprouva dans le pharynx une sensation de constriction, et il s'aperçut qu'il avait avalé une grande partie de son polype.

La respiration devint plus libre, l'état général s'améliora quelques jours, mais bientôt de nouveaux progrès furent faits dans la tumeur, C... vint me trouver à la fin de décembre.

La tumeur s'était étalée et offrait une base d'insertion plus large que la première fois; sa surface libre était devenue plus saillante, ce qui trouvait son explication naturelle dans la tumeur spontanée qui s'était produite quelques temps après l'opération.

divisée dans le sillon labio-gengival, puis le lambeau fut détaché du maxillaire supérieur au moyen de la spatule, de manière à dépouiller l'os de son périoste.

L'apophyse montante et la paroi antérieure du sinus maxillaire furent réséquées, ce qui donne une ouverture suffisante pour arriver au polype.

De longs ciseaux courbés sur le plat et guidés par l'indicateur gauche sectionnèrent le polype en rasant les os et en faisant de temps en temps l'office de rugine. Mais la tumeur, un peu molle, ne présentait point une masse assez compacte et assez régulière pour être enlevée d'une seule pièce. Il fallut l'arracher par lambeaux.

A la voûte du pharynx, à la base du vomer et sur l'apophyse ptérygoïde, on sentait des surfaces osseuses, inégales et dénudées en plusieurs points. Au niveau de la fente ptérygo-maxillaire un écartement assez sensible fut remarqué; mais il n'y avait point de portion de polype engagée dans cette direction. Par prudence, un cautère rougi à blanc fut porté sur ce point, et promené ensuite légèrement sur la surface d'implantation.

Trois épingles servirent à réunir la lèvre supérieure, et le reste de la plaie fut fermé avec des sutures simples au moyen de fils d'argent.

La réunion immédiate fut obtenue sur tous les points.

La tumeur présentait les mêmes caractères que la première fois; on voyait à sa surface plusieurs petits mamelons irréguliers, qui seraient bientôt devenus des lobes distincts.

Cette seconde opération paraissait assez radicale pour éloigner toute crainte de récurrence. Cependant le 13 août 1868, c'est-à-dire sept mois et demi après cette opération, C... revint encore me trouver. Depuis deux mois seulement il s'aperçoit du retour de sa maladie. La tumeur avait acquis un volume plus considérable qu'au mois de décembre, elle s'enfonçait dans la narine gauche et obstruait la droite; l'introduction du doigt pour cette exploration amena une épistaxis.

L'état du malade était excellent, et les confrères qui le virent alors furent frappés de la régularité de son visage et de la beauté de la cicatrice qu'on apercevait à peine.

Le 17 août, je fais à mon malade une troisième opération. L'incision suit exactement la ligne cicatricielle. Le lambeau labio-génal et le nez sont détachés et soulevés.

La paroi antérieure du sinus maxillaire s'était reproduite au moyen d'un tissu ostéo-fibreux; en enlevant cette paroi, l'ouverture

est insuffisante : en conséquence, avec la gouge et le maillet, je rase, en le conservant, le bord orbitaire ; en bas j'enlève également ce qui reste de la paroi antérieure de l'os maxillaire en ménageant toutefois les racines des dents, sauf celle de la canine qui fut sciée.

L'ouverture ainsi élargie dans tous les sens me permit d'atteindre le polype. Ses attaches étaient peu faciles à délimiter avec le doigt.

Je commençai en dedans vers le vomer une incision pour me frayer le chemin, j'arrachai peu à peu la tumeur en ruginant les os. Les surfaces osseuses furent complètement dénudées et je pus voir alors que le polype avait son implantation sur tout le vomer, sur l'apophyse basilaire, sur l'aile interne de l'apophyse ptéridoïde, et enfin sur le corps du sphénoïde et dans les sinus sphénoïdaux énormément dilatés. Le doigt introduit dans la cavité des sinus sphénoïdaux pénétrait profondément, et il semblait que la selle turcique fût soulevée.

Toutes ces surfaces osseuses, grâce à une rugination très-exacte, étaient entièrement dénudées.

L'opération semblait terminée, lorsque nous remarquâmes un prolongement de la tumeur remplissant la fente ptérido-maxillaire et y adhérent fortement.

Je dus enlever la lame osseuse qui formait le fond du sinus maxillaire pour mettre ce prolongement à nu, et je ne pus l'extraire qu'après d'énergiques tractions et en ruginant ses insertions en avant de l'apophyse ptéridoïde. Cette portion de polype s'étendait jusque dans la fosse zygomatique ; elle présentait plusieurs petits lobes. La tumeur principale elle-même était très-irrégulière et multilobée. Cependant son volume n'était pas énorme et n'avait pas encore, du moins d'une manière très-appreciable, déformé le visage et déplacé le globe de l'œil.

Bien que les points où s'insérait la dernière portion du polype enlevée me parussent bien dénudés, j'y portai un cautère rougi à blanc ; mais je n'osai pas en faire autant dans le sinus sphénoïdal et à l'apophyse basilaire. Je me bornai à badigeonner fortement toutes ces parties avec du perchlorure de fer.

La suture de la plaie se fit comme à la précédente opération ; la réunion immédiate fut obtenue en quelques jours. Des injections chlorurées furent faites cinq ou six fois par jour pour combattre l'odeur qui incommodait le malade.

La guérison fut très-prompte, puisque le malade retourna chez lui le 29 août, c'est-à-dire douze jours après l'opération.

Depuis ce temps, et tout dernièrement encore, j'ai reçu plusieurs fois des nouvelles de mon malade. La guérison est parfaite, et après quatorze mois écoulés nous sommes en droit de ne plus craindre la récédive.

Polype naso-pharyngien. — Résection partielle du maxillaire supérieur. — Excision et ragination. — Guérison. — P... (Pierre), de la Chapelle-sur-Erdre (Loire-Inférieure), est entré à la Clinique, le 14 juin 1869, pour un polype naso-pharyngien.

Cet homme a 24 ans, il est domestique dans une ferme.

C'est au commencement de novembre 1868 qu'il a commencé à ressentir les premiers symptômes de sa maladie. Gêne à la gorge et difficulté à respirer par le nez ; bientôt des épistaxis abondantes se produisirent et reparurent avec une fréquence inquiétante pendant cinq mois ; elles jetèrent le malade dans une extrême faiblesse.

Depuis la fin de mars jusqu'au mois de juin, il n'y eut pas d'hémorrhagie, ce qui permit aux forces de se rétablir, et nous mit dans des conditions plus favorables pour l'opération.

Cependant, malgré l'apparence de la force, P... est pâle et a tous les caractères de l'anémie.

Le visage est régulier ; il n'y a pas d'exophtalmie, pas de déformation du nez ni de la joue.

L'air ne passe pas par la narine gauche et ne passe qu'incomplètement par la droite.

Il n'y a pas de douleur, mais une gêne continuelle qui trouble le sommeil et rend pénibles les mouvements de déglutition.

L'exploration de la fosse nasale gauche démontre que le polype ne s'y est point engagé, qu'il est tout entier dans le pharynx, et que la narine postérieure paraît très-étroite.

Cet examen d'ailleurs n'a pu être que très-rapide, en raison de la disposition hémorrhagique du malade.

En faisant ouvrir largement la bouche, on voit le polype qui dépasse d'un centimètre et demi le bord gauche du voile du palais, et d'un demi-centimètre le côté droit de la luette ; sa surface est lisse et rosée. Le doigt arrive difficilement aux points d'implantation, qui paraissent mal circonscrits et anfractueux.

L'opération fut pratiquée le 14 juin.

Incision commençant au-dessous du tendon de l'orbiculaire des paupières, descendant vers l'aile du nez qu'elle contourne, en se terminant à la lèvre supérieure qui est divisée sur la ligne médiane.

La lèvre et la joue sont détachées avec le bistouri dans le cal-de-sac buccal, le long du bord alvéolaire. Prenant alors une spatule, je sépare toutes les parties molles de l'os, en comprenant le périoste dans le lambeau.

L'apophyse montante est coupée en haut et en bas, et le sinus maxillaire est largement ouvert.

Il y eut à ce moment une hémorrhagie abondante ; le sang venait à flots de la fosse nasale, du sinus maxillaire et des parties molles. Le tamponnement avec de la charpie et des éponges est inutile, le sang passe à travers et coule d'une manière inquiétante ; il n'en pénètre qu'une quantité insignifiante dans le pharynx.

Le fer rouge est promené dans le sinus maxillaire et sur les contours osseux ; des boulettes de charpie imbibées de perchlorure de fer sont introduites dans la fosse nasale et dans le sinus maxillaire. Ce pansement dut être renouvelé plusieurs fois, et ce n'est qu'après vingt minutes d'efforts que je fus maître du sang et que je pus continuer l'opération.

Le chemin pour arriver au polype était insuffisant ; je dus défoncer complètement la paroi externe de la fosse nasale et luxer l'os propre du nez. Malgré cela, la tumeur n'ayant point écarté l'os, le doigt et les instruments n'avaient pour se mouvoir qu'un passage fort étroit ; cependant, je ne crus pas nécessaire de faire de nouveaux délabrements.

Avec de forts ciseaux courbés sur le plat, faisant en même temps l'office de rugine et de levier, je réussis à décoller quelques parties du pédicule vers la base du vomer ; le doigt, par une énergique pression, aidait de temps en temps l'action de l'instrument, et je sentis bientôt le polype céder sur ce point, mais il tenait encore en haut et en dehors. En cherchant à me rendre compte de la position de la portion restante du pédicule, je fus très-étonné en sentant mon doigt s'engager dans une boutonnière formée par deux colonnes charnues fermes et lisses. J'avais affaire évidemment à un polype à plusieurs pédicules. J'eus raison facilement de celui que j'attaquai d'abord et qui semblait s'insérer directement en haut ; mais la tumeur restait solidement fixée en arrière et en dehors, c'est-à-dire à l'apophyse basilaire et à l'apophyse ptérygoïde. Ces dernières incisions n'ont cédé qu'à une énergique rugination.

La tumeur fut extraite par la bouche au moyen d'une pince à griffes.

Je portai alors le doigt dans le fond de la plaie, et je pus m'assurer qu'il ne restait aucune portion de la tumeur : la base du vo-

met, une large portion de l'apophyse basilaire et l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde étaient dépouillées de leur périoste, du moins en très-grande partie; en haut, on pénétrait dans le sinus sphénoïdal au milieu de lamelles osseuses brisées.

Je badigeonnai à plusieurs reprises toute cette région avec de petites éponges portées au bout d'une baleine et chargées de perchlorure de fer, de manière à détruire les débris de périoste qui pouvaient encore exister.

Une suture entortillée au moyen de trois épingles réunit la lèvre supérieure. Pour le reste de la plaie, je me servis de la suture entrecoupée avec des fils d'argent.

Le malade, quelque très-affaibli, se rendit à pied à son lit.

Examen de la tumeur. — Comme dans l'observation précédente, la tumeur avait assez exactement la forme d'un cœur; sa base, placée en haut, porte trois appendices, c'est-à-dire trois pédicules.

Le corps a plus de hauteur en arrière qu'en avant; dans ce dernier sens, la hauteur est de 4 centimètres; elle est de 4 centimètres et demi en arrière. La largeur est de 4 centimètres et l'épaisseur de 3.

Les trois pédicules sont très-distincts entre eux. Deux sont placés avant le troisième, plus volumineux que les autres, et sur un plan postérieur.

Entre les deux premiers et le dernier, se trouve une cavité de 1 centimètre au moins de profondeur, pouvant contenir l'extrémité du doigt. Cette cavité est bordée par des replis de la membrane externe de la tumeur, véritables replis valvulaires.

Des deux pédicules antérieurs, l'un, qui n'a que 1 centimètre et demi de longueur, s'insérait au vomer; l'autre, qui est très-long, s'insérait dans le sinus sphénoïdal; il est arrondi comme le petit doigt, mesure 4 centimètres dans sa portion libre, puis il vient se placer au-devant de la base de la tumeur en s'incurvant vers la gauche; par sa portion oblique, qui a deux centimètres de longueur, et qui se termine par une extrémité arrondie, ce pédicule adhère au polype, sur lequel il semble s'être greffé après coup. Il paraît avoir été primitivement un polype indépendant de l'autre.

Quant au troisième pédicule, qui s'insérait surtout à l'apophyse basilaire, il est le plus volumineux; il a 3 centimètres de long et 1 centimètre et demi de large. La surface d'implantation était très-étendue.

La structure de la tumeur est franchement fibreuse dans toutes ses parties.

Les suites de l'opération furent assez simples; cependant, pendant les deux premiers jours, il s'écoula par la narine et par la bouche une notable quantité de sérosité sanguinolente colorée en noir par le perchlorure de fer.

Cet écoulement devint ensuite purulent et fétide, ce qui nécessita de fréquentes injections.

La réunion eut lieu par première intention; mais, par prudence, je fis, après l'enlèvement des épingles, une suture sèche au colloidion. Le malade, peu intelligent, faisait continuellement des tractions sur la lèvre et aurait pu détruire la cicatrice. Il quitta l'hôpital le quinzième jour après l'opération.

J'ai revu P... à la fin d'octobre. Sa santé est excellente; son visage est coloré, et il n'y a plus de trace d'anémie. La cicatrice est à peine visible en haut; mais, à la lèvre, un défaut de niveau de 1 millimètre à peine a été causé par les tractions que le malade a exercées pendant les premiers jours. Cette légère imperfection dans le résultat extérieur mérite à peine d'être notée.

En introduisant le doigt derrière le voile du palais, je trouve cette région libre; cependant, en haut et en dehors, la membrane muqueuse paraît avoir plus d'épaisseur que du côté droit. Serait-ce l'indice d'une récurrence? Espérons qu'il n'en sera rien.

L'air passe librement par les narines. La voix n'est point altérée, la déglutition est facile. Le seul inconvénient causé par l'opération, c'est l'impossibilité pour le malade de siffler, ce qu'il avait coutume de faire en conduisant ses bestiaux à l'abreuvoir.

En présence d'un polype naso-pharyngien, le chirurgien éprouve toujours un certain embarras pour le choix du procédé opératoire auquel il doit avoir recours. Les indications peuvent varier beaucoup, et quel que soit le parti qu'on adopte, on doit toujours s'attendre à de sérieuses difficultés.

Lorsque je publiai l'observation d'un polype naso-pharyngien, dont j'ai obtenu la guérison en 1856, au moyen de la *fragmentation par une pince à écrasement*, je faisais ressortir les avantages de ce procédé qui évite toute mutilation, mais exige de la part du chirurgien et du malade beaucoup de persévérance, parce que le traitement est long lorsque le polype est volumineux et a envahi la fosse nasale, ainsi que cela avait lieu chez mon malade.

Ce traitement, auquel M. Legouest a eu recours en 1866, ne peut donner de bons résultats que lorsque le pédicule n'est pas trop large. Il faut, en outre, que le pédicule soit non pas seulement *coupé*, mais *arraché complètement*, pour qu'on soit à l'abri de la récurrence. Or, ce

résultat ne dépend nullement du plus ou moins d'habileté de l'opérateur. C'est pourquoi, malgré la guérison si complète obtenue par moi, je considérerai toujours la méthode à laquelle j'eus alors recours comme une méthode d'exception, mais comme une méthode très-utile dans certains cas donnés.

L'expérience que j'ai faite sur mon second malade me prouve que c'est avec raison qu'on a renoncé généralement à la ligature, à moins qu'on ne la fasse suivre de la rugination.

La rugination elle-même ne met à l'abri de la récurrence que lorsqu'elle est bien complète. Il suffit de quelques débris de périoste pour que la tumeur se reproduise. La seconde opération, pratiquée sur le jeune C..., en est la preuve; l'éradication paraissait complète sur tous les points, et j'avais eu recours, par précaution, à la cautérisation.

La guérison du polype ne peut donc être assurée qu'au prix de la destruction entière du périoste qui lui a donné naissance; et pour cela, il faut avoir recours, comme le dit M. Michaux, à l'excision, à l'arrachement, à la rugination et à la cautérisation.

Les opérations préliminaires destinées à rendre le polype accessible aux instruments devront varier selon le volume de la tumeur et les désordres qu'il aura occasionnés dans le squelette de la face. Mais, en règle générale, on doit limiter autant que possible les mutilations, surtout lorsqu'elles laissent après elles des troubles fonctionnels ou des difformités extérieures.

L'incision du voile du palais et l'excision de la voûte palatine altèrent le timbre de la voix, gênent la déglutition, et ces inconvénients ne peuvent pas toujours être combattus efficacement par les appareils prothétiques.

La résection partielle du maxillaire supérieur, en conservant la voûte palatine, paraît le moyen le plus convenable pour arriver au polype, et lorsqu'on a soin de laisser dans le lambeau le périoste qui recouvre la face antérieure de l'os, il se forme une cicatrice ostéo-fibreuse qui comble suffisamment la perte de substance.

On a vu que chez mon dernier malade j'ai été obligé non-seulement de réséquer le maxillaire, mais de luxer l'os propre du nez. Les indications peuvent varier beaucoup, et il est des cas où, à la résection du maxillaire, on pourra préférer le lambeau ostéo-cutané nasal de M. Ollier, ou l'un des divers autres procédés conseillés tour à tour.

Je n'ai point eu la pensée d'employer chez mes malades la galvano-caustique, qui n'offre pas plus de sécurité que les moyens chi-

rurgicaux ordinaires, et qui pèche par le défaut de simplicité. On peut faire ce dernier reproche à l'électrolyse, méthode qui est encore à l'état d'expérimentation, et dont la valeur réelle ne peut pas être suffisamment appréciée.

Après avoir préconisé avec trop de complaisance autrefois les grandes mutilations, on tend aujourd'hui avec raison à les éviter, ainsi que le démontrent les discussions qui ont eu lieu à la Société de chirurgie en 1866. Mais on ne paraît pas avoir attaché assez d'importance au choix des incisions extérieures qui, dans certains procédés, mériteraient bien aussi le nom de mutilations.

Le procédé employé chez les deux malades dont je viens de donner l'observation me paraît devoir être préféré à tous ceux qu'on emploie habituellement.

J'ai insisté sur les avantages de ce procédé lorsque j'ai publié ma première observation de polype naso-pharyngien, en 1856; je l'avais déjà adopté depuis plusieurs années, et depuis ce temps, j'ai eu très-fréquemment l'occasion d'y avoir recours pour la résection ou l'ablation complète du maxillaire supérieur. Voici en quoi il consiste :

Une incision partant du tendon de l'orbiculaire des paupières descend directement sur l'aile du nez et la contourne; la lèvre supérieure est coupée sur la ligne médiane; on pénètre dans la fosse nasale en rasant le bord interne de l'apophyse montante.

On détache le lambeau, en y comprenant le périoste, lorsqu'il ne s'agit pas d'une tumeur qui a compromis l'intégrité de cette membrane. En soulevant le lambeau avec un crochet mousse, on peut atteindre facilement le bord de l'orbite, décoller le périoste de cette cavité et passer la scie à chaîne dans la fente sphéno-maxillaire.

Lorsque le maxillaire est le siège d'une tumeur qui soulève les téguments, il est nécessaire de faire une petite incision complémentaire qui, partant de la partie supérieure de la première, vienne se confondre dans les plis de la paupière inférieure.

Avec cette manière de procéder, on ne coupe aucun filet important du nerf facial, et la cicatrice est à peine apparente.

Lorsque je compare mes opérés à ceux auxquels on a pratiqué soit l'incision de Velpeau, soit les incisions de Gensoul plus ou moins modifiées, je ne suis pas tenté de changer ma manière d'agir.

Aujourd'hui, les incisions multiples trouvent leur excuse dans la pensée émise par M. Verneuil, de terminer toute l'opération pen-

dant l'anesthésie, et d'éviter l'écoulement du sang dans le pharynx et dans la bouche. Les préceptes du savant président de la Société de chirurgie ont été suivis en 1868 par M. le docteur Thomas (de Tours) dans une opération habilement conduite, et qui a été l'objet d'un rapport de M. Verneuil à la Société de chirurgie.

J'avoue que la lecture de ce rapport de M. Verneuil ne m'a pas converti.

On ne peut que dans des cas exceptionnels, malgré les précautions indiquées, prévenir l'écoulement du sang dans le pharynx pendant les derniers temps de l'opération. D'un autre côté, l'hémorrhagie, lorsqu'elle a lieu, se produit plutôt vers l'extérieur que vers la gorge, ainsi que je l'ai observé chez mon dernier malade. Malgré cela, j'aurais été fort inquiet si ce malade eût été sous l'influence du chloroforme pendant cette hémorrhagie.

Le procédé recommandé par mon savant collègue ne me paraît donc acceptable que dans un nombre de cas fort restreint. Il ne met pas toujours à l'abri des dangers de l'hémorrhagie, mais il a le mérite, lorsque tout se passe selon le vœu de l'opérateur, de soustraire le malade à de grandes souffrances.

Cet avantage est malheureusement compensé par des cicatrices très-apparentes, qui détruisent l'harmonie et la régularité du visage. *Les douleurs passent, les difformités restent.*

M. CHASSAIGNAC. L'ablation de deux plateaux du maxillaire supérieur donne une voie suffisante pour pénétrer jusqu'au polype; aussi faut-il rejeter l'ablation complète du maxillaire supérieur. Quant aux incisions qui, partant de l'angle de l'œil, suivent l'aile du nez et divisent la lèvre supérieure sur la ligne médiane, je les ai inaugurées depuis longtemps, et dans un cas où j'ai opéré de cette manière, en rejetant le nez tout entier du côté gauche, le polype envoyait des prolongements dans les sinus frontaux et maxillaires.

M. ALPHONSE GUÉRIN. J'ai eu l'occasion de voir, il y a peu de temps, le petit malade présenté par moi il y a trois ans à la Société; c'était la première fois qu'on ruginait la base du crâne sur une certaine étendue. La guérison est restée complète.

M. GUYON fait un rapport verbal sur le travail suivant de M. Reverdin.

Greffes épidermiques. — Expérience faite dans le service de M. le docteur Guyon, à l'hôpital Necker. — Messieurs, la communication que j'ai l'honneur de faire à la Société de chirurgie a trait à une question de pathologie bien vulgaire, en appa-

rence bien connue, mais qui présente cependant encore quelques points obscurs et intéressants à élucider. Je veux parler de la cicatrisation des plaies par seconde intention.

Tous les chirurgiens savent que si, dans la très-grande majorité des cas, les plaies arrivées à la période de granulation se cicatrisent par leurs bords, dans quelques cas exceptionnels on voit des îlots d'épiderme se former à la surface d'une plaie, plus ou moins loin de ces bords; que la formation de ces îlots centraux a sur la longueur de la cicatrisation une influence remarquable et bien connue; ils l'abrégent considérablement.

Ce fait constaté et admis, reste l'interprétation; et là-dessus on n'est pas d'accord : les uns, et Biltroth est très-affirmatif sur ce point, croient que toujours alors une mince couche, si mince fût-elle, de la couche profonde de l'épiderme, du réseau de Malpighi, est restée en place quelque part; ils se basent sur ce fait que c'est surtout dans des cas de brûlures qu'on observe la formation des îlots centraux.

D'autres pathologistes ne regardent point ces conditions comme indispensables.

J'ai eu précisément, il y a quelque temps, l'occasion d'observer un fait de cette nature; il s'agissait d'un ouvrier mécanicien qui avait eu le pouce droit broyé; il en résulta la nécessité de retrancher tout ce pouce jusqu'à l'articulation métacarpo-phalangienne; quand la cicatrisation eut commencé, nous vîmes se former au centre de cette plaie plusieurs îlots épidermiques qui hâtèrent singulièrement le travail de réparation.

Quelque temps après, ayant à observer une plaie étendue dont la cicatrisation était fort lente, me souvenant du malade dont je viens de parler, l'idée me vint de tenter l'expérience qui fait le sujet de cette communication.

Le malade sur lequel elle a été pratiquée est un homme de 35 ans, qui, le 16 octobre dernier, en tombant d'une échelle, essaya de se retenir avec le coude gauche fléchi à une barre de fer; la peau fut coupée au niveau du pli du coude, décollée dans toute son épaisseur jusqu'au milieu de l'avant-bras, et forma ainsi un grand lambeau qui ne tarda pas à se mortifier dans son entier. La surface mise à nu était formée par le tissu cellulaire sous-cutané, et à la partie externe du membre par l'aponévrose, éraillée par places. Cette plaie se mit bientôt à bourgeonner, mais ce n'est que le 14 novembre qu'on commença à distinguer sur ses bords un petit liséré épidermique. Les jours suivants le liséré s'étendit lentement.

Le 24 novembre, je tentai l'expérience suivante : j'enlevai avec la pointe d'une lancette, au bras droit du malade, deux petits lambeaux d'épiderme, en ayant soin de raser autant que faire se pouvait le derme sans l'entamer. Le premier lambeau était très-petit, le second avait à peu près 1 millimètre carré ; la petite plaie ne présentait qu'une rosée sanguine.

Je plaçai mes deux lambeaux au milieu de la plaie, leur face profonde appliquée sur les granulations, à une petite distance l'un de l'autre, et je les maintins avec une des bandelettes de diachylon qui servaient au pansement du malade.

Le lendemain, les lambeaux sont restés en place malgré une supuration assez abondante ; ils paraissent un peu gonflés et plus blancs.

Le 27 novembre, les lambeaux sont encore restés en place. Je détache, par le même procédé que la première fois, un lambeau épidermique un peu plus grand (il présente environ 3 à 4 millimètres carrés d'étendue), et je le dispose sur la plaie, à distance des deux premiers.

Le 28 novembre, les trois lambeaux paraissent adhérents, on peut frotter la plaie à leur niveau avec un peu de charpie sans les détacher.

Le 30 novembre, les deux premiers lambeaux semblent plus pâles, comme amincis et paraissent s'étendre sur leurs bords.

Le 1^{er} décembre, les deux premiers lambeaux sont réunis et forment une petite plaque blanche, pâle ; il s'est évidemment formé une petite zone épidermique autour de chacun d'eux.

Le troisième lambeau tient bien ; ses bords présentent un petit liséré pâle.

Les jours suivants, ce liséré pâle s'étend de plus en plus en conservant le même aspect ; l'îlot formé par les deux premiers lambeaux réunis s'étend également.

Enfin, le 7 décembre, les trois lambeaux se sont réunis de manière à former un petit îlot blanchâtre, mince, tout à fait analogue au liséré épidermique qui s'est formé sur les bords de la plaie.

Aujourd'hui 8 décembre, on constate que l'îlot s'est notablement étendu depuis hier.

Tel est le fait que j'ai l'honneur de soumettre à la Société de chirurgie. J'ai tenu à le faire maintenant afin de prendre date, mais je m'engage à poursuivre mes recherches dans ce sens.

J'aurai à examiner, au point de vue clinique, dans quelles plaies,

à quelle période d'évolution de ces plaies, cette expérience, que je nommerais volontiers greffe épidermique, peut réussir.

En effet, dans une seconde expérience faite sur une plaie non encore en voie de cicatrisation sur ses bords, le lambeau épidermique est resté pendant quelques jours peu adhérent, puis s'est roulé sur ses bords, et a été entraîné finalement avec les pièces de pansement.

J'aurai encore à rechercher jusqu'à quel point cette petite opération peut être applicable et utile pratiquement.

Enfin, j'aurai à étudier autant que possible le processus histologique : Y a-t-il simple effet de contact, de voisinage ? Y a-t-il prolifération des éléments transplantés ?

Voici bien des questions, qui méritent, je pense, quelques recherches que je m'empresserai de faire.

M. TRÉLAT. M. Reverdin, dans son travail, et lors de la présentation du malade de M. Guyon, pensait qu'il fallait attribuer à la greffe la prolifération épidermique. Pour que cette expérience pût avoir une valeur tout à fait réelle, il faudrait qu'elle fût tentée un grand nombre de fois, et qu'elle réussît presque toujours. Il faut, en effet, user, sur ce point, d'une très-grande réserve. La formation spontanée d'îlots épidermiques sur la surface de plaies largement étendues et en voie de cicatrisation est un fait assez fréquemment observé, et l'on peut voir chez le malade que je vous présente un semblable îlot cicatriciel, développé spontanément à la surface de cette large plaie de l'avant-bras.

M. GUYON. Une seule expérience ne peut rien prouver, et si M. Reverdin a, sur mon conseil, présenté ce malade, c'était pour attirer l'attention et pour prendre date. La communication de M. Trélat prouve que le but a été atteint et que la question de la greffe épidermique est aujourd'hui posée.

M. TILLAUX. S'il était démontré qu'on pût, sur place, provoquer la formation d'îlots cicatriciels, M. Reverdin aurait rendu un grand service à la pratique. J'ai eu dans mon service une femme qui, à la suite de brûlures, portait à la fesse une plaie ayant quatre fois la largeur de la main.

M. DESPRÉS. Il faut éviter ici une confusion qui par aït-pouvoir s'établir : il ne s'agit pas de greffer l'épiderme, mais de souder par autoplastie un lambeau comprenant une partie de la couche superficielle du derme ; les cicatrices que porte le malade au point où la greffe soit-disant épidermique a été empruntée prouvent que l'on a pris une portion notable du derme et le corps muqueux dans toute

son épaisseur. La prolifération de l'épiderme seule serait un phénomène si extraordinaire au point de vue histologique qu'il faut éviter toute confusion.

M. GUYON. Si la confusion existe en apparence dans le titre du travail, elle n'existe pas dans le travail lui-même. **M. Reverdin** indique bien qu'il s'agit de l'épiderme doublé du corps muqueux.

M. BLOT. Au point de vue de la pratique, la greffe épidermique ou celle du corps muqueux me paraît sans importance. Enlever un morceau de derme sur le bras ou ailleurs pour le souder à la surface d'une plaie qui suppure et qui se cicatrise peu à peu, c'est, en vue de gagner un peu de temps, exposer le malade, surtout dans nos hôpitaux, au danger d'un érysipèle.

M. LÉON LE FORT. Je partage complètement les opinions de **MM. Blot** et **Després**. Les plaies récentes que portait le malade au point où on avait emprunté l'épiderme étaient recouvertes d'une croûte rougeâtre montrant qu'il s'y était fait au moins un suintement sanguin. On n'a donc pas pris l'épiderme seul; on a pris un lambeau comprenant des capillaires et ouvert une porte à l'érysipèle. Quant à l'utilité du moyen, elle est sans importance, même en admettant qu'on puisse jeter ça et là une sorte de semence qui, en germant sur place, donnera des îlots cicatriciels. Cette cicatrice aura, comme toutes les autres, de la tendance à se rétracter, et cette autoplastie ne peut remplacer celle à laquelle on a recours pour empêcher le retrait d'une cicatrice de la paupière ou de la face pouvant amener un ectropion ou une difformité.

M. SÉE. Si **M. Reverdin** ne prend que le corps muqueux et l'épiderme, l'expérience a, sous le rapport physiologique, plus d'importance que ne lui en donne **M. Després**, puisqu'il y aurait germination et prolifération d'un tissu qui n'est composé que de cellules, et il s'agirait alors, non pas seulement d'une greffe, mais d'une véritable inoculation.

Discussion sur la lithotritie périnéale.

M. TRÉLAT. J'ai écouté, dans notre dernière séance, avec le plus vif intérêt, la communication de **M. Dolbeau** sur la lithotritie périnéale, et j'eusse sûrement demandé de suite la parole sur cette importante question si la discussion ne s'était terminée pendant que j'étais occupé par mes fonctions de secrétaire général.

M. Dolbeau nous montrait une pièce pathologique qui permettait

d'apprécier, sinon la marche, au moins la nature et le résultat de son opération, de constater la parfaite intégrité des organes, bulbe de l'urètre et col vésical, qu'il veut ménager. D'autre part, il nous annonçait qu'ayant pratiqué vingt-deux fois cette opération, il avait eu vingt et un succès. On pourrait vraiment dire vingt-deux, l'opération devant être complètement exonérée de la mort du dernier malade.

C'est là un remarquable résultat. Jamais même des chirurgiens n'entendent froidement parler d'une opération qui ne compte pas de revers, et chaque fois qu'un semblable fait se présente à eux, il sont à la fois surpris et entraînés.

Quoique subissant cette influence naturelle, j'ai voulu rechercher ce qui constitue le caractère particulier de l'opération préconisée par M. Dolbeau, en quoi elle diffère d'opérations antérieurement exécutées, et à quoi elle doit ses heureux résultats.

Deux temps principaux composent l'acte opératoire de notre collègue : la création d'une voie en partie artificielle vers la vessie et une lithotritie exécutée par cette voie. Ces deux temps réagissent l'un sur l'autre. La voie artificielle est tracée en vue de la lithotritie ; cette dernière s'exécute aisément par le chemin nouveau. Mais je vois que, sur ce point, notre collègue a eu des prédécesseurs, les uns d'intention, les autres de fait. Depuis le *frangens* ou casse-pierre, que Marianus Sanctus redoutait d'employer, bien des projets, bien des tentatives ont été faits pour briser, pendant l'opération de la taille, des calculs trop volumineux. Dans la discussion qui eut lieu il y a deux ans à propos de la communication de M. Borelli, M. Larrey nous rappelait que Bégine avait, en sa présence, exécuté cette opération avec un lithotriteur d'Heurteloup. Dès 1849, M. Bouisson étudiait la possibilité de pratiquer la lithotritie par les fistules périnéales, et dans son remarquable mémoire sur la taille médiane, il publia, en 1858, deux faits où il a combiné la taille et la lithotritie.

Ce n'est donc point la combinaison de la lithotritie avec une taille particulière qui constitue le caractère propre de l'opération de M. Dolbeau.

Reste à examiner la création de la voie artificielle étendue du périnée au col vésical.

En la suivant pas à pas, on voit que notre collègue fait, juste en avant de l'anus, une incision verticale de 25 millimètres ; qu'il continue à inciser les tissus, en passant entre le bulbe de l'urètre qu'il laisse en avant, et le rectum en arrière ; qu'il arrive ainsi jusqu'à la

portion membraneuse, la ponctionne et la coupe dans l'étendue de 1 centimètre.

Jusqu'ici, c'est une taille médiane, et je n'aperçois d'autre différence qu'une dimension moindre de quelques millimètres, donnée à l'incision extérieure.

Mais à partir de là, les divergences s'accusent. La plupart des opérateurs agrandissent l'incision de la portion membraneuse jusqu'à la prostate, puis coupent le col vésical et la glande, suivant un de ses diamètres, soit avec un bistouri comme Vacca-Bellinghieri, soit avec le lithotome caché, comme le faisait M. Bouisson dans ses premières opérations. D'autres, comme M. Borelli et comme M. Bouisson, d'après sa dernière publication, se bornent à inciser la portion membraneuse, et comptent sur la dilatibilité normale du vol vésical pour l'extraction des calculs ou de leurs fragments. *Elle n'est réellement, dit M. Bouisson, que l'opération de la boutonnière prolongée jusqu'à la partie la plus antérieure du col vésical.*

M. Dolbeau reprenant, en la perfectionnant beaucoup, je m'empresse de le reconnaître, la pratique de Marianus Sanctus et de Fr. Collot, qui, l'un et l'autre, se servaient d'un dilatateur, présente, à travers la boutonnière qu'il vient de faire à la portion membraneuse, la pointe mousse d'un instrument conique à six faces, qu'il glisse le long du cathéter jusque dans la vessie. En s'écartant parallèlement sous l'action d'un mécanisme simple, les six faces déchirent longitudinalement ce qui est resté intact de la portion membraneuse du canal, dilatent le col vésical et refoulent circulairement tous les organes ambiants, de manière à constituer une sorte de canal cylindrique de 25 millimètres de diamètre.

Si l'idée est ancienne, l'instrument est nouveau, au moins dans son application, et il est juste de penser que les effets du dilatateur de M. Dolbeau doivent être beaucoup plus réguliers et mieux limités que ceux de l'ancien dilata-teur.

Quelles que soient les remarques que suggèrent les différents temps de cette opération, il ne faut point oublier que son résultat final est plus qu'encourageant, et la place au rang de celles qui méritent un examen approfondi.

Aussi me suis-je demandé, en y apportant toute l'attention possible, à quoi la lithotritie périnéale doit ses succès.

Je crois qu'elle les doit à ce qu'elle est un procédé de taille médiane, ou mieux, que son exécution intéresse et respecte les mêmes organes que la taille médiane (abstraction faite de l'incision du col, qui n'est pas constante). En effet, dans la discussion relative au tra-

vail de M. Borelli, M. Giraldès, citant plusieurs relevés de tailles médianes, donnait les résultats suivants : à Bristol, 132 opérations donnaient 13 morts ; Allarton, ayant opéré 153 fois, ne comptait qu'un mort sur 11 opérés. Un autre relevé, fait suivant les âges, indique, sur 119 opérations de 1 à 70 ans, 6 morts, ou 1 sur 20. Il est vrai que de 70 à 80 ans, la mortalité est de 1 sur 4. Sur 13 tailles, Clot-Bey a 13 succès. Sur 14, M. Bouisson aurait eu 14 guérisons, sans une attaque de choléra survenue le septième jour. Mettons, si vous le voulez, 1 mort sur 14 opérés.

Voilà, si je ne me trompe, d'excellents résultats. Dans leur ensemble, ils ne valent cependant pas ceux de la petite série de M. Dolbeau ; mais j'ignore, quant à moi, quel est au juste le procédé suivi par les chirurgiens anglais, et quoique le pavillon couvre la marchandise, je ne voudrais point affirmer que la rubrique *taille médiane* convienne également à toutes ces opérations.

Il est possible que le second temps de l'opération de notre collègue, à savoir la déchirure de la portion membraneuse et la dilatation du col, vaille mieux que l'incision de ces mêmes parties. C'est là un sujet important d'étude, un point que la clinique et l'observation ultérieure pourront seules dégager, et que je formulerai de la manière que voici : Vaut-il mieux, dans l'opération de la taille médiane, couper la portion membraneuse avec le bistouri, respecter le col, et compter, pour les manœuvres ultérieures, sur la dilatabilité naturelle de cet orifice, ou bien se servir de l'instrument de M. Dolbeau, dont nous connaissons les effets ?

Telle est, messieurs, l'une des conséquences capitales du débat que nous poursuivons.

Mais il en est une autre dont la valeur est non moins grande.

Beaucoup de chirurgiens, au sein de la Société et en dehors d'elle, ont fait et font des opérations de taille combinée à la lithotritie, ainsi que le montrent les discussions relatées dans nos bulletins de 1867 et la communication récente de M. Verneuil. Mais pour ces opérateurs, ce n'est qu'un moyen de résoudre une difficulté ; ils essayent d'abord de l'extraction totale, puis, si la pierre est trop volumineuse, ils la brisent ; et il s'en faut que des règles précises guident leur conduite relativement au volume des calculs.

Si je m'en réfère à la communication de M. Dolbeau, au volume présumable du calcul dont il nous a montré les débris, aux indications qu'il nous a fournies sur l'âge de quelques-uns de ses opérés, il me semble qu'enchérisant beaucoup sur les principes exposés dans son livre, il élargit la portée de son opération, et tend à l'em-

ployer dans tous les cas où, la lithotritie urétrale étant contre-indiquée, la taille, quelle qu'elle soit, reste possible.

Dès lors, messieurs, ce serait une réforme complète de tous les anciens procédés de taille, et la lithotritie périnéale se présenterait seule pour satisfaire à toutes les indications de la taille. Mais ici encore je ne saurais oublier ce qu'écrivait M. Bouisson en 1861 (*Tribut à la chirurgie*, t. II, pages 151 et 152) sur l'innocuité de la taille médiane, sur sa très-rapide guérison, sur la possibilité d'extraire avec la lithotritie des calculs volumineux, et enfin sur sa généralisation, sans qu'on puisse toutefois *la substituer irrévocablement à tout autre mode cystotomique*. Je note ce mot : irrévocablement, qui semble bien indiquer que le jugement de l'auteur est établi, dans la presque totalité des cas, en faveur de la taille médiane restreinte aux étroites limites que j'ai tracées précédemment : respect du bulbe, respect du col, incision de toute la partie membraneuse.

Je me résume, et jetant un coup d'œil sur le passé et sur le présent, recherchant en quoi l'opération préconisée par notre collègue ressemble à des opérations plus anciennes, en quoi elle diffère, à quoi elle doit ses résultats incontestablement heureux, je trouve que deux questions subsistent qui appellent les recherches, le contrôle et l'examen des chirurgiens :

Quoique je les aie déjà indiquées, je les reproduis ici sous forme de conclusion.

1° Dans la taille médiane, est-il préférable, après avoir divisé les parties molles extérieures en ménageant le bulbe de l'urètre, de pénétrer dans la vessie par une incision de toute la partie membraneuse, ou bien par la déchirure de cette même portion et la dilatation du col et de tout le trajet par le dilateur de M. Dolbeau ?

2° La taille médiane avec lithotritie ou la lithotritie, périnéale, doivent-elles être étendues à tous, ou du moins à la grande majorité des cas pour lesquels la taille est indiquée ?

Les travaux de M. Dolbeau sont évidemment très-favorables à la solution affirmative de cette dernière question, et je n'éprouve aucun embarras à le dire à son éloge. Qu'il ait suivi ou précédé le mouvement, ou que, l'ayant suivi, il l'ait accéléré, j'abandonne ce détail pour constater, que c'est dans ce sens que d'un pas plus ou moins délibéré, marchent la plupart des chirurgiens. Les noms de MM. Bouisson et Benoît (de Montpellier), Rizzoli (de Milan), Borelli (de Turin), Kelbourne (d'Édimbourg), et bien d'autres que je passe, témoignent que je ne me trompe pas. Parmi nous, M. Verneuil,

M. Giraldès, suivent, à peu de chose près, la même conduite, et je n'hésite pas à me ranger près d'eux, en remerciant M. Dolbeau d'avoir affermi, par sa pratique, des opinions qui sont déjà anciennes chez moi, mais que je n'ai pas pu passer au crible d'une expérimentation aussi serrée que la sienne.

Quant à la première question, si elle est moins importante que la seconde, en revanche elle me semble plus litigieuse. Sa solution ne découle ni de l'évidence, ni des résultats définitifs de l'opération, mais il est certain que le procédé de notre collègue n'est ni dangereux, ni irrationnel ; qu'il soutient la comparaison avec les meilleurs des autres, et qu'en conséquence il y a lieu de l'étudier et de le mettre en pratique. C'est ce que je me propose de faire dès que l'occasion se présentera à moi.

M. DOLBEAU. Il est impossible de présenter les choses d'une manière plus séduisante. M. Trélat, dans son argumentation, a su donner un véritable attrait à la question qui nous occupe en ce moment.

M. Trélat voudrait m'entraîner sur le terrain de la clinique, et telle n'est pas mon intention. J'ai inventé, je crois, une opération nouvelle. On aurait pu douter de la réalité de son exécution, et j'ai trouvé l'occasion d'en faire une démonstration péremptoire. La pièce que j'ai présentée dans la dernière séance démontrait que, par mon opération, j'avais pu extraire un volumineux calcul, et que le bulbe et le col de la vessie étaient restés intacts. Le fait matériel est évident pour tout le monde, mon but a donc été atteint.

M. Trélat veut me contester la priorité ; il m'accorde à peine, ainsi que le faisait jadis Malgaigne, l'invention d'un instrument dilateur. C'est parce que M. Trélat ne comprend pas très-bien en quoi consiste mon opération qu'il s'efforce de la trouver pressentie, décrite ou exécutée par tous mes devanciers.

Je vais tâcher de bien vous faire comprendre en quoi consiste la manœuvre, et j'espère vous démontrer que l'opération est bien réellement mienne.

Quand on veut parvenir dans la vessie par le périnée, on est forcément obligé d'imiter un peu les autres. Il faut inciser les téguments, il faut rechercher l'urètre, etc ; mais, en suivant une voie parcourue bien des fois, on peut encore le faire d'une façon originale.

Lorsqu'on envisage le périnée, on trouve sur la ligne médiane l'anus, puis le bulbe de l'urètre. Ces deux organes sont, en géné-

ral, très-rapprochés l'un de l'autre; il y a même des auteurs qui déclarent que parfois le bulbe est accolé à la face antérieure de l'intestin. Lors donc qu'on fait, au devant de l'anus, une incision médiane d'une certaine étendue, on coupe nécessairement le corps spongieux si le bistouri va plus profondément que l'aponévrose.

Préoccupé d'éviter le bulbe et en même temps le rectum, je faisais autrefois une incision de 4 centimètres, s'arrêtant à 5 millimètres de l'anus. J'incisais lentement, de manière à reconnaître le muscle bulbo-caverneux; puis, à l'intersection de ce muscle avec le sphincter de l'anus, c'est-à-dire en arrière du bulbe, je faisais la ponction de l'urètre à l'origine de la portion membraneuse. Depuis, j'ai pris l'habitude de la chose, j'ai cessé de redouter la blessure du rectum, et j'ai un peu modifié le manuel opératoire tout en arrivant toujours au même résultat; mon incision n'a plus que 2 centimètres, et elle commence immédiatement à l'union de la peau et de la muqueuse de l'anus; en déprimant les tissus dans l'angle postérieur de la petite plaie, je suis certain de rencontrer le cathéter et d'éviter le bulbe.

Lorsque les tissus, refoulés sur le cathéter, ont été simplement ponctionnés et non pas incisés, j'abandonne tout instrument tranchant et je me sers de mon dilateur. Dès lors, pas d'ouverture de vaisseaux, la voie nouvelle va se faire par déchirure et surtout par refoulement des tissus. C'est ce qu'a bien compris M. Chassaignac lorsqu'il dit que c'est une plaie par écrasement, et c'est ce que M. Trélat n'a probablement pas bien compris lorsqu'il dit que je fais la taille médiane. Je me serai mal expliqué.

Lorsque le dilateur a exécuté sa manœuvre toute mécanique et mathématiquement calculée, que résulte-t-il de l'action de cet instrument mousse? Messieurs, le résultat obtenu est toujours le même, identique; je l'ai constaté un grand nombre de fois, et ces jours derniers j'en faisais une nouvelle démonstration en présence de notre collègue M. Tillaux. Lorsque le dilateur est enlevé, il y creuse, dans le périnée, un canal régulier, du volume du doigt indicateur. Ce canal, véritable voie prérectale, est formé par le refoulement des tissus; il commence à la peau et finit au col de la vessie. Ce dernier est intact, mais dilaté à 2 centimètres de diamètre. L'instrument a déchiré linéairement la paroi inférieure de la région membraneuse, mais il a respecté l'orifice uréthro-vésical.

Je l'ai dit, le résultat de l'action du dilateur est toujours le même; il est certain, et c'est en cela que mon opération est nouvelle. On fait bien la taille médiane, mais on coupe souvent le

bulbe ; de plus, en admettant la ponction faite en arrière du bulbe, je ne crois pas qu'on puisse faire, avec un bistouri ou un lithotome, une incision aussi précise, aussi régulière que celle que j'obtiens par le dilateur. Ceux qui font la taille membraneuse coupent les tissus ; moi, je les refoule ; ils coupent le col de la vessie ; moi, je le dilate. J'ai vu l'hémorrhagie suivre la taille médiane ; elle est impossible dans mon procédé.

J'ajoute que, le col de la vessie restant intact dans la lithotritie périnéale, mes malades conservent leurs urines et ne sont pas sans cesse mouillés, exposés aux eschares, comme le sont les taillés.

Je crois avoir établi que ma manière d'agir est toute nouvelle. Je vous ai démontré la réalité de mes assertions en vous soumettant les pièces anatomiques. C'est à l'avenir de montrer que mon opération vaut autant ou plus que ce qu'on appelle la taille médiane combinée à la lithotritie.

M. DEMARQUAY. Je considère l'opération de M. Dolbeau comme lui appartenant, mais je voudrais savoir dans quelles circonstances il la croit applicable ; si elle s'applique au cas où il n'existe que de petits calculs, elle semblerait vouloir remplacer la lithotritie. Or, quand il n'existe pas de complication, la guérison après la lithotritie est la règle.

Quand on rencontre un calcul de plus de 4 centimètres, il faut faire la taille. Avec l'opération telle que la pratique M. Dolbeau, on peut extraire facilement et sans dangers de pareils calculs. Ayant eu cinq ou six fois affaire à des gros calculs, je me suis servi de tenettes à segmentation pour les broyer sur place avant de les extraire : je n'ai pas été heureux ; et si M. Dolbeau nous donne la possibilité de fragmenter des calculs volumineux dans l'intérieur de la vessie, il nous aura rendu un sensible service. S'il ne s'agit que de petits calculs, la lithotritie périnéale est alors inférieure à la lithotritie.

M. DOLBEAU. Je n'ai pas dit qu'il fallait abandonner la lithotritie par les voies naturelles pour lui substituer la lithotritie périnéale. Ce n'est pas moi qui soutiendrais une pareille thèse, puisque sur 112 lithotrities, je n'ai perdu que 2 malades ; ce n'est que dans les cas où la lithotritie est inapplicable que j'applique mon procédé. J'ajouterai cependant que, dans certains cas où le calcul était petit, j'ai obtenu des succès si rapides, si complets, qu'on pourrait être tenté d'établir le parallèle avec la lithotritie. Ainsi, un malade âgé de 68 ans a été guéri le lendemain, la plaie s'étant réunie par première intention. Un autre, âgé de 65 ans, était guéri après cinq jours.

M. GUYON. M. Trélat s'est demandé s'il était préférable de dilater le col plutôt que de l'inciser. L'opération, telle que la fait M. Dolbeau, est la taille médiane telle que la faisait M. Bouisson, avec cette différence que la dilatation est faite avec lenteur et de grands ménagements. Ledran montre bien la différence entre la dilatation faite lentement et la dilatation faite brusquement. La taille, telle que la pratique M. Dolbeau, est une dilatation lente, elle ne cause pas de lésion, et je suis, quant à moi, partisan de la dilatation lente.

M. GIRALDES. J'ai pris autrefois la défense de la taille médiane, à laquelle je donnais la préférence, à la condition toutefois qu'on employât les tenettes à écrasement pour sectionner les gros calculs. Le procédé de M. Dolbeau diffère de la taille de Marianus Sanctus. Celle-ci consiste à faire une incision dont la longueur ne dépasse pas la largeur de l'ongle du pouce, à plonger un bistouri dans le cathéter cannelé, puis à introduire son conducteur et ses deux dilateurs.

Douglas employa plus tard l'éponge préparée et la gentiane. On lui reproche de déchirer le col. La question de savoir s'il vaut mieux déchirer que couper est une question dont la solution est du domaine de la clinique et de l'expérience.

M. Dolbeau présente 22 observations; c'est beaucoup, mais ce n'est pas assez; car il y eut des séries heureuses plus longues que la sienne. Martineau opéra 70 malades sans en perdre un seul. Allarton ajoute à son opération de taille l'usage d'un dilateur muni d'une chemise, qu'on dilatait par l'air ou par l'injection d'un liquide. L'idée de longer la partie antérieure du rectum a été exposée ici par M. Dolbeau d'une façon qui n'avait encore été établie par personne. Il a donc imaginé un procédé nouveau, mais non pas une méthode nouvelle.

Y a-t-il avantage à opérer sur la ligne médiane? Je réponds affirmativement, car on arrive plus facilement sur le cathéter. Je crois la lithotritie péritonéale préférable quand on a affaire à de gros calculs, mais j'ignore encore si la dilatation est préférable à l'incision ou aux petites incisions multiples.

M. TRÉLAT. Je me suis borné à exposer avec une réserve préméditée les remarques qui me semblaient découler de la communication de M. Dolbeau. Sans quitter cette réserve, je réponds que j'ai attentivement suivi, et que je crois bien avoir compris les explications de notre collègue.

J'ai dit que l'incision de M. Dolbeau ressemblait beaucoup à celle de M. Bouisson. Ce dernier fait une section de la peau, longue de 2

à 3 centimètres, et s'arrête à 1 centimètre de l'anus. M. Dolbeau fait une incision de 2 centimètres et demi, et s'arrête à 5 millimètres de l'anus.

M. Dolbeau prétend pénétrer jusqu'à la vessie sans rien couper. J'en suis surpris, puisqu'il se sert du bistouri pour arriver jusqu'à la portion membraneuse et lui faire une incision d'un centimètre.

Notre collègue nous expose qu'il faut des précautions toutes particulières pour ménager le bulbe. Mais depuis longtemps M. Guérin a enseigné un procédé simple pour obtenir ce résultat. Et d'ailleurs, qu'il soit facile ou difficile à atteindre, je ne le mets point en doute quand l'affirmation catégorique et réitérée vient d'un chirurgien honorable; et comme j'ajoute foi à la parole de M. Dolbeau, j'ai la même mesure pour celle de M. Bouisson.

C'est après ces différents temps que les dissemblances s'accusent, et j'ai suffisamment insisté sur le dilateur de M. Dolbeau pour n'avoir point à y revenir.

M. Dolbeau évoque au bénéfice de son opération l'absence d'hémorrhagie, la rapidité de la cicatrisation, le prompt rétablissement du cours normal des urines. Il trace un tableau saisissant des malades opérés par des procédés différents du sien. Il nous les montre baignant dans l'urine qui s'écoule de leur plaie, infects, et bientôt atteints de ces larges et redoutables eschares, dernier supplice de l'agonie.

Mais qu'il veuille bien relire les observations et le mémoire de M. Bouisson, et il retrouvera cette même absence d'hémorrhagie. Il verra que ce ne sont pas seulement des petits calculs, mais des pierres de 6 centimètres de diamètre qui ont été enlevées par ce chirurgien; que, dans beaucoup de faits, l'urine a commencé à couler par le canal trois ou quatre jours après l'opération; que la guérison est presque toujours facile et prompte; que les eschares du sacrum ne sont pas plus fréquentes à Montpellier qu'à Paris, et même il trouvera une observation où le cours des urines était rétabli le lendemain, la plaie sèche le surlendemain, et la guérison complète avant la fin de la semaine. Comme le fait aujourd'hui M. Dolbeau, M. Bouisson s'émerveillait alors et demandait quel procédé de taille pourrait donner un si surprenant résultat!

Notre collègue me dit encore que M. Bouisson n'a opéré que des enfants, tandis qu'il a opéré, lui, des malades de tout âge. La critique n'est point rigoureusement exacte. Mais, le fût-elle, ai-je jamais dit ou même insinué que M. Dolbeau n'ait ni perfectionné, ni élargi le cadre de son opération? N'ai-je donc pas reconnu sa part dans le

mouvement de ce côté de la chirurgie? N'est-il pas bien naturel qu'il soit allé plus loin que ses devanciers, et qu'il ait fait mieux qu'eux? Je ne l'ai pas contesté et ne le conteste pas.

Quand on parle sur des sujets controversés et qu'on cherche à faire la part de chacun, la justice est une rigoureuse nécessité. Dans la question que nous discutons, le souvenir de ce principe tutélaire était pour moi un devoir impérieux.

M. VERNEUIL. J'ai lu le mémoire de M. Bouisson; j'ai écouté la description du procédé de M. Dolbeau. Les idées fondamentales, nous les trouvons dans les auteurs anciens et dans M. Bouisson; mais il y a quelques perfectionnements véritablement dus à notre collègue. M. Dolbeau pense que presque tous les chirurgiens blessent le bulbe. Je ne sais sur quoi il base son affirmation. Quant à moi, j'ai la persuasion de ne pas blesser le bulbe, et cela n'est pas si difficile qu'on paraît le croire, et j'ai pu, dans deux cas, m'assurer directement qu'il avait été respecté. Il y a douze ans, j'opérais, à l'Hôtel-Dieu, un jeune homme ayant un calcul d'oxalate de chaux. Cette taille fut d'une simplicité extraordinaire, et au quatrième ou cinquième jour, le malade paraissait guéri, lorsqu'il fut pris de phlébite et d'infection purulente. La plaie faite au col de la vessie était extrêmement petite. Le second fait se passe également à l'Hôtel-Dieu. Le malade avait un calcul engagé dans le col de la vessie. Je le brisai en deux ou trois fragments. Il resta un petit trajet fistuleux. L'opéré mourut cinq ou six mois après de tubercules pulmonaires, et j'eus beaucoup de peine à retrouver, sur le col de la vessie, une trace de l'incision.

La dilatation est-elle supérieure à l'incision? Il est difficile de se prononcer à cet égard, et les statistiques tendent à prouver qu'il n'y a pas grande différence. Le progrès réalisé est dans le retour à la médiane et la pratique de la lithotritie périnéale. C'est en propageant cette méthode que M. Bouisson, et après lui M. Dolbeau, ont rendu des services. J'ai rapporté dernièrement ici un cas dans lequel j'avais pu extraire un gros calcul en pratiquant un débridement sur la ligne médiane et deux petits débridements latéraux. J'ai pu faire sortir ainsi un calcul qui avait 6 centimètres; le malade a guéri sans accidents, et je suis un peu effrayé à l'idée de l'introduction répétée des tenettes, et qui ont été indispensables dans ce cas.

J'ai fait dernièrement à Lille une opération de taille. Le malade avait été soumis antérieurement à des tentatives infructueuses de

lithotritie qui l'avaient mis dans un état très-grave. Lorsque j'eus saisi le calcul, il se brisa de telle sorte que je fis malgré moi une lithotritie périnéale. J'ai dû m'arrêter après avoir retiré un grand nombre de fragments, et cependant le malade en rendit encore ultérieurement vingt-cinq. Ainsi que je l'ai dit, il y a un an, la lithotritie périnéale a fait une révolution dans la pratique de la taille, et je crois qu'en la pratiquant on peut combiner l'incision avec la dilatation par le doigt et le gorgèren.

M. GUYON. M. Trélat a eu pour but de poser la question et de chercher ce qu'il y a de nouveau dans l'opération de M. Dolbeau. Il me paraît que l'histoire même de la question suffit pour la poser. La taille médiane, telle qu'elle était anciennement faite, a été abandonnée et même réprouvée en raison des dilacérations produites sur le col de la vessie par le mode de dilatation adopté.

Ledran, dans son parallèle, a bien fait voir, par ses observations et ses expériences, quelle était la différence de la dilatation douce et graduelle et de la dilatation violente telle qu'on la faisait à cette époque.

La taille médiane avait été abandonnée, et M. Bouisson a eu le mérite de la réhabiliter. Nous connaissons tous son remarquable travail. M. Bouisson substitue à la dilatation l'incision méthodique du col de la vessie ; il fait d'ailleurs l'incision médiane. M. Dolbeau, en revenant à la dilatation graduelle et douce, fait une manœuvre importante et nouvelle quant à son mode d'exécution. J'ai été très-frappé de voir que, sur la pièce qu'il nous a présentée, le col de la vessie était intact. C'est là un fait important qui m'impressionne vivement, et qui, à mon avis, doit surtout fixer l'attention.

PRÉSENTATION DE MALADES

Luxation récente de la mâchoire inférieure, survenue chez une femme de 85 ans, par suite de la contraction musculaire. — M. PANAS fait voir que ce qui retenait l'os dans sa position anormale, c'était l'enclavement de la mâchoire dans l'espace de mortaise formée en avant par l'os molaire et en arrière par la racine transverse de l'apophyse zygomatique du temporal. Le ménisque interarticulaire se trouvait attiré, il est vrai, en avant, et en partie interposé entre la face postérieure du condyle et le devant de la racine transverse ; mais cette disposition était loin de rendre compte de la fixité de l'os luxé, attendu qu'une fois l'os molaire enlevé, la mâchoire cessait d'être fixe.

M. Nélaton, en insistant sur le rôle du pilier molaire, avait indiqué l'un des éléments de la luxation. MM. Demarquay et Mathieu, en appelant l'attention sur l'interposition du ménisque, ont fait connaître l'autre élément. Pour M. Panas, les deux sont à la fois nécessaires, à l'effet de produire l'*enclavement* du maxillaire.

M. Panas fait observer, du reste, que les capsules et les muscles étaient intacts, comme c'est la règle en pareil cas.

M. GUYON présente deux malades : l'un guéri d'une large plaie pénétrante du genou, l'autre d'une luxation de l'épaule, réduite après deux mois.

La séance est levée.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique*. — Le *Journal de médecine de l'Ouest*.

— M. Mourlon, médecin militaire à la Calle, adresse le relevé statistique des opérations pratiquées par lui à l'hôpital de la Calle.

— *Prophylaxie du choléra en Orient*, par le docteur Tholozan, membre correspondant.

— *Chronologie des maladies de la ville de Saint-Pierre, depuis 1837 jusqu'en 1856*, par le docteur Ruz de Lavidson.

— *De l'Allaitement artificiel*, par le docteur Dumont (de Caen).

— M. Le Fort dépose sur le bureau deux brochures : *Des Hôpitaux sous tente* — *La Campagne d'Italie en 1859*. — Remerciements.

— M. le docteur Rouge, chirurgien de l'hôpital de Lausanne, adresse un travail manuscrit sur l'*Uranoplasie appliquée aux divi-*

sions congénitales, avec trois photographies. (Renvoyé à une commission composée de MM. Després, Saint-Germain et Perrin.)

— M. le docteur Saint-Vel adresse une lettre dans laquelle il signale la fréquence et la facilité du développement des *kéloïdes* chez les individus de la race nègre.

ÉLECTIONS

M. Guérinest nommé à l'unanimité, moins deux voix, *président* de la Société pour 1870.

Vice-président :

M. Blot	17 voix.
M. Demarquay.....	6 —
M. Dolbeau.....	1 —
M. Trélat.....	1 —
Bulletin blanc.....	1 —

M. Blot est nommé *vice-président* pour 1870.

Secrétaires :

M. Panas.....	26 voix.
M. Tillaux.....	1 —
M. Després.....	2 —

M. Panas est nommé *secrétaire* pour 1870.

M. Tarnier.....	17 voix.
M. Tillaux	8 —
M. Després.....	1 —
M. Sée (Marc)... ..	1 —

M. Tarnier est nommé *secrétaire* pour 1870.

PRIX DUVAL

M. GUYON, au nom d'une commission composée de MM. Marjolin, Tarnier, Panas, Després et Guyon, lit le rapport suivant sur le prix Duval :

Messieurs, votre commission chargée d'examiner les travaux en-

voyés à la Société pour le prix Duval a dû prendre connaissance de cinq thèses toutes soutenues à Paris dans le cours de l'année 1869 par des internes des hôpitaux. Ces travaux étaient dans les conditions réclamées par le testateur.

Nous sommes tout d'abord heureux de déclarer que les travaux qui nous ont été soumis sont tous dignes d'attention et se recommandent à la fois par le choix du sujet et la manière dont il a été traité.

M. le docteur Delthil a étudié le traitement des fractures de cuisse et les accidents consécutifs à ce traitement; M. le docteur Lafaurie a fait une étude sur les luxations anciennes; M. le docteur Bourdillat a écrit un volumineux travail sur les calculs de l'urètre et des régions circonvoisines; M. le docteur Bézard a fait des recherches importantes sur l'emphysème traumatique consécutif aux fractures des côtes; enfin, M. le docteur Gadaud a écrit l'histoire d'une affection jusque-là bien peu étudiée : *le Nystagmus*.

Tout en reconnaissant le mérite de ces divers travaux et en aimant à leur rendre publiquement la justice qu'ils méritent, votre commission a dû, dans une première réunion, rechercher quels étaient ceux qui devaient surtout fixer son attention. Après examen de chacune des thèses ci-dessus mentionnées, les recherches de M. Bézard sur l'emphysème traumatique, et l'étude de M. Gadaud sur le nystagmus durent être plus particulièrement réservées à une nouvelle discussion.

Ces deux thèses se distinguent en effet par de sérieuses qualités. M. le docteur Bézard, en étudiant l'emphysème traumatique consécutif aux fractures de côtes, a non-seulement exposé ce qui déjà a été fait sur ce sujet, mais il a institué des expériences qui, de l'avis de votre commission, ont contribué à en éclairer l'histoire.

On sait en effet que des théories contradictoires ou tout au moins un peu exclusives ont été proposées pour expliquer la formation de l'emphysème traumatique qui complique les plaies ou déchirures, intéressant à la fois la plèvre pariétale et le poumon. Je n'ai pas à rappeler à la Société de chirurgie le rôle que Roux et M. le professeur Richet font jouer aux adhérences pleurales pour expliquer la formation de l'emphysème et combien leur théorie s'éloigne de celle de J.-L. Petit, où le rôle des adhérences n'est même pas indiqué.

M. Bézard, en reprenant l'étude de cette question, s'est surtout attaché à bien démontrer que le pneumo-thorax et l'emphysème pouvaient parfaitement coïncider, et que ce dernier accident se

montrait alors même que le poumon n'était retenu par aucune adhérence. Dans les cas où l'on rencontre de l'emphysème sans pneumo-thorax, sans qu'il y ait cependant d'adhérence, M. Bézard, en reproduisant les expériences de Hewson sur les plaies du poumon, a montré que la rapide cicatrisation de ces plaies permettrait fort bien de comprendre que la source de l'épanchement gazeux intra-pleural étant tarie, et que l'air étant poussé dans le tissu cellulaire, le pneumo-thorax n'ait qu'une durée souvent éphémère. M. Bézard, moins exclusif que les partisans de la théorie de J.-L. Petit, est bien loin de nier l'influence des adhérences dans la production de l'emphysème, et leur rôle si efficace et souvent si heureux dans la limitation du pneumo-thorax, qu'elles peuvent même complètement empêcher de se produire.

C'est à l'aide d'expériences bien conduites, ingénieuses et habilement exécutées, que M. Bézard est arrivé à mettre en lumière les faits importants que nous venons de rappeler.

M. Gadaud, contrairement à M. Bézard, n'a pas abordé un sujet souvent étudié et dans lequel il fallait, en présence d'opinions contradictoires, en appeler surtout à l'expérimentation. Il a fait preuve d'une vaillance scientifique certainement plus rare, car il aborde de front un sujet des moins étudiés, une question véritablement ardue.

Le nystagmus n'est guère pour le plus grand nombre qu'une certaine affection étrange sur laquelle s'est quelquefois portée, à propos d'un fait particulier, l'observation de ceux que séduisent volontiers les curiosités pathologiques. Cela est si vrai que la question du nystagmus n'a pas suivi jusqu'à présent les progrès si marqués que les connaissances ophthalmologiques ont réalisés dans ces derniers temps.

Un semblable état de choses n'a cependant pas arrêté M. Gadaud, qui a entrepris l'étude du nystagmus ; il a eu le bon esprit de l'aborder, non en spécialiste, mais en pathologiste désireux de compléter un des cadres inachevés de la pathologie.

Le nystagmus, cette affection bizarre, est en effet un des sujets qui exigent cette association indispensable des connaissances que fournit l'étude générale de la médecine, et les recherches spéciales nécessaires à l'entière compréhension d'un point particulier — association toujours féconde et vraiment capable de fonder le progrès.

Le nystagmus en effet peut être symptomatique ; il peut aussi être simple ou idiopathique. Dans la première partie de son travail, M. Gadaud traite du nystagmus symptomatique.

Les rapports du nystagmus avec diverses lésions des centres ner-

veux n'avaient pas échappé à quelques observateurs; mais M. Gadaud, en profitant des observations publiées, des travaux nombreux que suscite aujourd'hui l'étude expérimentale de chacune de ces lésions, en faisant lui-même des expériences, a donné à cette partie de son sujet des développements inattendus et qui permettent de dire que la question a été traitée d'une façon véritablement nouvelle.

Sans entrer dans l'analyse du travail dont nous parlons, nous devons faire remarquer que, cédant à la tendance qui ramène vers la localisation des fonctions cérébrales, à l'aide d'observations véritablement scientifiques, et qui a déjà produit les remarquables travaux que chacun de nous a présents à l'esprit, M. Gadaud a cherché à bien faire ressortir toute la valeur séméiologique du tremblement oculaire dans les lésions de la partie intermédiaire au bulbe rachidien et à la protubérance annulaire. Le nystagmus symptomatique, bien qu'il n'ait par lui-même aucun caractère spécial de gravité, indique cependant que le centre des fonctions indispensables à la vie est menacé; son pronostic est des plus graves.

Nous sommes bien loin, on le voit, de la simple curiosité pathologique, et le pathologiste ne saurait trop prendre en considération le nystagmus dans certaines conditions déterminées et d'ailleurs bien indiquées par M. Gadaud.

L'étude du nystagmus simple ou idiopathique, plus particulièrement du ressort de l'ophtalmologie, nous a semblé non moins largement et complètement traitée. Elle l'a été surtout dans cet esprit scientifique que notre époque contribuera sans doute à fonder définitivement, et qui veut faire concourir vers un même but les observations fournies par l'observation directe des maladies, les renseignements demandés à l'investigation anatomique et physiologique, et à l'expérimentation.

Dans aucun point de son travail, l'auteur n'a en effet négligé de fournir l'ensemble des preuves qui peuvent être puisées à ces différentes sources.

Ces qualités maîtresses ne manquent certainement pas aux thèses de MM. Delthil, Labarre et Bourdillat. Ces deux derniers travaux sont en particulier très-instructifs et faits avec le plus grand soin. Nulle part encore n'avaient été réunis un ensemble de faits aussi nombreux que ceux que M. Bourdillat a accumulés dans son mémoire sur les calculs de l'urètre et des régions circonvoisines.

Cependant, ces travaux si recommandables ne présentaient pas le cachet de nouveauté que donnent à MM. Bézard et Gadaud des ex-

périences probantes et le mérite d'avoir écrit un chapitre de pathologie, encore très-imparfaitement étudié.

Ce sont ces considérations qui fixèrent définitivement l'attention de vos commissaires sur les recherches relatives à l'emphysème et sur l'étude du nystagmus.

Nous devons, pour rester le fidèle rapporteur du travail de la commission, dire que jusqu'au dernier moment l'hésitation a été grande, et que les suffrages se partageaient à peu près également entre les deux travaux que nous vous signalons. Le caractère plus exclusivement chirurgical du mémoire de M. Bézard, le mérite d'avoir bien fait comprendre la cause des divergences d'opinions des auteurs, d'avoir fourni la preuve expérimentale des opinions qu'il soutient, attirèrent quelques votes vers le travail sur l'emphysème. Mais si M. Gadaud n'avait pas eu la bonne fortune de faire un travail qui sollicite surtout l'attention des chirurgiens, il avait du moins résolument abordé et brillamment traité un sujet que nous pourrions désormais étudier dans son ensemble, grâce à ses louables efforts. Il l'avait de plus traité dans toutes ses parties, et ainsi que nous l'avons dit, de la manière la plus scientifique.

Ces dernières considérations ont en définitive fixé le choix de votre commission. Mais en vous proposant de donner le prix Duval à M. Gadaud, nous ne saurions perdre de vue la bonne impression que nous a laissée le travail de M. Bézard; c'est pour exprimer ce sentiment que nous vous proposons d'accorder à M. Bézard une mention honorable.

PRIX LABORIE

M. LIÉGEOIS donne lecture des rapports de la commission sur le prix Laborie.

M. TRÉLAT est d'avis qu'on accorde une partie de la somme au mémoire n° 2.

M. DEMARQUAY appuie la motion.

MM. GUÉRIN, LEGUEST, LARREY et DOLBEAU sont d'un avis contraire. Comme membre de la commission, M. Dolbeau soutient qu'il y a une énorme différence, comme valeur, entre le mémoire n° 2 et le n° 1.

La Société partage l'avis de la commission et accorde par conséquent le prix intégral à l'auteur du mémoire n° 2.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. LABBÉ présente un jeune homme qui offre un développement glandulaire de l'une des mamelles depuis son enfance.

Le nommé T... (Vincent), scieur à la mécanique, âgé de 22 ans, entre le 20 novembre 1869, au n° 35 de la salle Saint-Christophe, pour plusieurs contusions sans gravité, particulièrement à l'épaule droite et au côté droit de la poitrine.

L'examen de cette dernière région fait découvrir, à la place normale du sein, une tumeur arrondie présentant les caractères de volume, de forme et de consistance d'une mamelle de femme. Sa partie inférieure, qui a participé à la contusion, est légèrement excoriée et présente du gonflement.

Les contusions disparaissent rapidement. La tumeur mammaire conserve cependant, dans sa partie déclive, un gonflement qui, d'après le dire du malade, augmenterait d'un quart environ son volume primitif.

Voici les renseignements que nous a donnés le malade sur l'apparition et le développement de sa tumeur, ainsi que sur les divers phénomènes qui les ont accompagnés :

« La tumeur est congénitale ; elle a présenté le volume d'une fève jusqu'à l'âge de 5 ans, époque à laquelle elle acquit celui d'un œuf de poule. Elle devint alors ovoïde, bien circonscrite, résistante, légèrement inclinée en bas par son propre poids ; située exactement au niveau du mamelon. Celui-ci, jusque-là parfaitement normal et semblable à celui du côté opposé, s'était alors effacé, élargi et entouré d'un cercle brunâtre de 2 centimètres de diamètre environ, simulant l'auréole.

« Pas de changement notable jusqu'à l'âge de 15 ans. A partir de cette époque, accroissement progressif de la tumeur jusqu'à l'époque actuelle, et avec l'augmentation de volume, élargissement de l'auréole.

« Le malade se rappelle que, depuis l'âge de 12 ou 13 ans, il s'écoulait de temps en temps, sur son mamelon, un peu de liquide qui tachait en jaune et empesait sa chemise. Cet écoulement, qui s'accrut beaucoup vers l'âge de 15 ans (il revenait alors toutes les semaines), s'accompagnait d'un prurit très-vif dans toute la région mammaire.

« Depuis l'âge de 17 ans, l'écoulement diminue graduellement

et se reproduit à intervalles de plus en plus éloignés, d'abord quinze jours, puis un mois. »

Depuis six mois que ce jeune homme habite Paris, il n'a constaté que deux fois une tache large comme une pièce de 50 centimes.

Aujourd'hui, la tumeur est irrégulièrement élastique et résistante, parfaitement circonscrite, proéminente, du volume d'une mamelle ordinaire, séparée de la poitrine dans la partie déclive par un sillon profond. L'auréole a environ 4 centimètres de diamètre ; à son pourtour, on remarque de petits tubercules blanchâtres qui tranchent sur sa coloration brune. Elle est régulièrement arrondie, et, à son centre, un ensemble de petits tubercules très-peu saillants simulent un mamelon aplati qui est creusé d'un petit orifice central.

Ce mamelon est relié profondément à plusieurs masses résistantes, irrégulières, confondues entre elles qui forment la masse solide de la tumeur et donnent au toucher la sensation exacte des lobes mammaires. Cette masse est tout à fait indépendante des parois pectorales sur lesquelles elle glisse très-largement, et dont on peut l'écarter par la traction.

Les organes génitaux, bien développés depuis l'âge de 15 ans, fonctionnent normalement.

RAPPORT

M. TRÉLAT fait un rapport verbal sur un travail de M. Ribell, intitulé : *Note sur quelques variétés rares de division congénitale des lèvres et sur les procédés opératoires employés pour y remédier*. Ce travail se compose de trois observations : la première est relative à une *division congénitale médiane de la lèvre inférieure* observée par M. Ribell, à Barcelone, sur un petit garçon de sept ans. Les parents étaient sains ; un frère de l'enfant, mort en bas âge, était né avec un bec-de-lièvre simple de la lèvre supérieure. Ses deux autres frères étaient bien constitués.

La lèvre inférieure est divisée jusqu'à la houppe du menton. Les bords de la division sont épais et renversés en dehors ; le côté droit du V est un peu plus vertical que le côté gauche. Le maxillaire est normal. L'allaitement a été difficile et l'écoulement de la salive est presque continu.

L'opération, faite par M. Ribell, a été suivie d'une complète guérison.

C'est un fait rare de plus à ajouter aux cas rassemblés par M. Bouisson dans son mémoire sur les variétés du bec-de-lièvre.

La seconde observation est celle d'un individu de 23 ans qui avait conservé jusqu'à cet âge une *division de la joue du côté droit*. Cette division s'étendait obliquement en haut et en dehors, vers l'os maxillaire, et offrait, à partir du point où aurait dû se trouver la commissure, une longueur de 4 centimètres environ. Ici encore l'opération réussit, et, malgré quelques entraves, la réunion fut obtenue d'une manière régulière. Cependant la joue resta toujours un peu raide et la lèvre inférieure tirée en haut.

La Société ayant approuvé les conclusions du rapporteur, nous donnons la troisième observation *in extenso*.

Bec-de-lièvre double compliqué. — Opération avec suture osseuse du tubercule intermaxillaire ou incisif. — Paul F..., âgé de 1 mois 1/2, m'est amené par sa mère, qui habite Saint-Girons. Je constate : 1° division totale de la voûte palatine; 2° des os maxillaires supérieurs; 3° au milieu un tubercule osseux très-prononcé, et suspendu au nez comme une petite trompe de tapir; 4° division double des lèvres à droite et à gauche; 5° nez complètement aplati.

Le 16 mai 1868, je pratiquai l'opération par la méthode exposée à la Société de chirurgie de Paris (Séance du 22 avril 1868), par M. le professeur P. Broca. Il me semble inutile de décrire le procédé, préférant renvoyer le lecteur au travail de l'auteur (*Gazette des Hôpitaux*, 5 mai 1868); je n'ai rien à noter ici de particulier ni pendant l'opération ni après, je ferai remarquer cependant que l'enfant a perdu assez de sang.

Le 17 mai, l'enfant a dormi trois heures et avale bien le lait; presque pas de fièvre.

18, 19, 20, 21. État très-satisfaisant.

22. J'enlève les épingles du côté droit, de ce côté la suture est complète; mais, celle du côté gauche n'a pas tenu, les chairs ont été déchirées par les épingles. La suture des os n'a pas bougé.

Le 27, pour me rendre au désir de la mère, bien plutôt que par conviction, je place deux nouveaux points de suture du côté gauche. J'aurais préféré attendre plusieurs jours, car il est rare de les voir tenir lorsqu'on ne laisse pas écouler un temps plus considérable de la première à la deuxième tentative. Mais je n'ai pas le choix, la mère veut repartir. Les deux points, contre mon espoir,

tiennent parfaitement; j'enlève les épingles le 30 mai, la suture a réussi de ce côté aussi; l'enfant part guéri. La suture osseuse n'a pas bougé, je laisse les fils métalliques en place.

Le 10 juin, on me ramène l'enfant, j'enlève les fils de la mâchoire. Je constate que le tubercule est immobilisé. Du côté droit, la suture des os est complète; du côté gauche, il existe une petite portion d'os nécrosé du côté du maxillaire; mais, du côté du tubercule, il y a développement de bourgeons charnus, et j'espère qu'à ce point il se formera une suture muqueuse. Je n'ai pas voulu enlever la portion d'os nécrosé, l'élimination se fera naturellement.

Il y a aujourd'hui un an que l'enfant a été opéré et j'ai attendu tout ce temps pour juger du résultat obtenu; il est très-remarquable. Voici l'état actuel de l'enfant : 1° réunion complète du tubercule incisif du côté droit par une suture réellement osseuse; 2° du côté gauche, réunion par un tissu dur qui n'est pas osseux; 3° tubercule intermaxillaire immobile; 4° suture complète du bec-de-lièvre cutané avec l'existence d'une petite encoche du côté gauche. L'aspect général de la physionomie est agréable, je dirai même gracieux, quand l'enfant sourit. Voilà donc un nouveau cas d'opération de bec-de-lièvre par suture osseuse, qui peut être considéré comme un succès, quoique la suture osseuse n'ait réussi que d'un seul côté.

M. Broca a communiqué son premier cas le 22 avril 1868, M. Guérin le 7 avril 1869. J'avais prévenu M. Broca de ma tentative, peu de jours après l'opération, l'année passée. Celui que je rapporte ici est donc le deuxième cas heureux. Qu'il me soit permis maintenant quelques réflexions sur le Manuel opératoire. M. le professeur Broca, à la fin de son travail, se posait cette question : « Ne serait-ce pas préférable de séparer les deux temps de l'opération par quelques semaines d'intervalle? » Je n'hésite pas pour mon compte à répondre affirmativement, et voici mes raisons : l'opération, quelle que soit l'habileté du chirurgien, est longue quand elle se fait complètement; et comme je suis d'avis qu'il faut opérer les enfants le plus tôt possible après la naissance, la fatigue de ces pauvres petits êtres est très-grande, et pour peu que la quantité de sang perdu soit un peu considérable, il y a à craindre une syncope qui peut n'être pas exempte de danger. Il y a en outre, selon moi, un très-grand avantage à opérer en deux fois, parce qu'alors, on assiste jour par jour au travail qui se fait entre les os maxillaires et le tubercule incisif, et s'il survient un dérangement dans le point de

suture, on peut y remédier sans être obligé de soulever la lèvre, ce qui n'est pas sans inconvénient pour la suture cutanée. Ici, tout se passe à découvert ; la surveillance est plus directe.

Enfin, au point de vue des divers temps de l'opération, je crois utile de les résumer ainsi :

1° Passage des fils métalliques à travers le tubercule et les maxillaires.

2° Excision d'une partie de la cloison nasale, en arrière du tubercule médian et cautérisation immédiate de l'artère de la cloison.

3° Avivement avec un fort bistouri des parties à réunir.

4° Réduire et fixer le tubercule médian par la torsion des fils métalliques.

Ce n'est que lorsque plusieurs jours se sont écoulés qu'il faudrait passer à la suture des divisions de la peau des lèvres.

Quant à l'époque à laquelle il faut opérer l'enfant porteur d'un bec-de-lièvre, je crois qu'il faut agir le plus tôt possible ; pour mon compte, je n'ai égard qu'à une seule chose, c'est que l'allaitement soit parfaitement établi, ce qui comporte habituellement quinze jours à trois semaines ; ce temps expiré, il faut remédier au vice de conformation.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. E. CRUVEILHIER présente à la Société un instrument destiné à faciliter la pratique de la trachéotomie.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1869.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine, — *Le Sud médical*.

— D^r Letiévant : *Phénomènes physiologiques et pathologiques consécutifs à la section des nerfs du bras*. Broch. in-8°. Lyon, 1869.

— D^r Rouge (de Lausanne) : *Nouveau procédé pour le traitement des fractures du maxillaire inférieur*. — *Anévrysme de l'aorte ascendante; application de la galvano-puncture et des injections sous-cutanées d'ergotine*. — *Anévrysme de la carotide primitive droite*. — *Guérison*.

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS

M. le docteur Mourlon, médecin en chef de l'hôpital de la Calle (Algérie), et M. le docteur Cheneviev, professeur de clinique chirurgicale à l'École de Besançon, adressent la statistique de leurs opérations.

PRIX LABORIE

La Société décide, après discussion, que le fascicule des mémoires dans lequel sera publié le mémoire couronné sera livré de suite à l'impression, et renvoie au comité de publication la question de savoir si elle publiera également le travail de M. Flamaint, classé le second.

ÉLECTIONS

M. Guéniot est élu trésorier pour 1870.

M. Giraud-Teulon est élu bibliothécaire-archiviste.

COMITÉ SECRET

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret, pour la lecture des rapports sur la candidature de membres associés étrangers et de membres correspondants nationaux.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE ANNUELLE

Présidence de M. VERNEUIL

M. le président prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues,

L'enseignement officiel, qui me tient depuis trois mois éloigné de cette tribune, me laisse à peine le temps de venir aujourd'hui abdi-quer entre vos mains et vous remercier du précieux témoignage de bienveillance que vous m'avez accordé en me plaçant à votre tête.

Manquer à cette réunion hebdomadaire où l'on rencontre ses meilleurs amis, et dans laquelle on apprend sans cesse, est pour moi une privation véritable; aussi j'aspire au moment où il me sera permis de reprendre mon ancienne place, pour m'instruire en vous écoutant, et pour travailler avec vous à l'avancement d'une science qui nous est chère.

Vous serez convaincus dans un instant, par le compte rendu de notre secrétaire, que l'année qui vient de finir n'a pas été moins riche que les autres en communications intéressantes et en discussions fructueuses. Quoique nous ayons volontairement renoncé à deux mois de travail, le volume de nos bulletins pour 1869 ne sera pas inférieur à ceux qui l'ont précédé.

Après plus de vingt ans d'existence, notre Société, conservant ses forces et sa virilité, représente assez fidèlement l'état actuel de la chirurgie française. Peut-être on lui pourrait reprocher de cultiver presque exclusivement le fait et de négliger un peu trop les doctrines, d'être un panorama clinique plutôt qu'un concile chirurgical, d'épurer le passé, d'affermir le présent sans s'occuper assez de sonder l'avenir, en un mot, de suivre le mouvement au lieu de le diriger.

Ces reproches ne laissent pas que d'être fondés jusqu'à un certain point; mais on peut les adresser également à tous les corps savants, où les hommes faits et surtout les praticiens sont en majorité. L'initiative y est rare et les tendances plus modératrices que progressives; laissant aux travailleurs isolés, actifs et ardents, la tâche d'éditer les aperçus nouveaux, les hypothèses ingénieuses et les innovations hardies, ils se contentent de juger avec patience et lon-

gueur de temps, et, sans qu'on puisse toujours les blâmer, adoptent volontiers le *melius sistere gradum* de nos prudents aïeux.

Tout en plaidant pour notre Société les circonstances atténuantes, je ne puis m'empêcher d'émettre un vœu : nous comptons parmi nous de jeunes collègues, fort au courant, j'en suis sûr, de ces recherches modernes qui tendent à jouer un rôle de plus en plus considérable dans la clinique, et dont il convient précisément de juger sans retard l'utilité pratique. Je cite au hasard l'histologie, la thermométrie, la physiologie expérimentale, la chimie anatomique, etc. Que ne viennent-ils exposer devant vous tout le profit que la chirurgie en a déjà tiré et qu'elle est en droit d'en attendre encore ! Sans doute, ils risquent de fournir quelquefois des résultats incomplets et des solutions qui seront rectifiées plus tard ; mais il ne faut pas, en matière de progrès scientifiques, être trop timoré et trop circonspect ; certes, l'erreur est regrettable quand elle est grossière, imprudente et soustraite au contrôle, mais le silence ne vaut guère mieux et se montre encore plus stérile.

N'oublions pas que si, dans une machine destinée à marcher, les freins sont utiles, il faut surtout un agent propulseur énergique, qui ne fournit pas toujours sa force sans en abuser.

Moins désastreuse que les précédentes, l'année 1869 nous a pourtant apporté son contingent de deuil ; elle a vu s'éteindre un des rares membres fondateurs que la mort a jusqu'ici respectés : Paul Guersant, confrère aimé et si aimable qu'on aurait pu difficilement deviner son âge, a succombé peu de jours après sa dernière apparition parmi nous. Notre secrétaire général a simplement raconté cette vie simple, et, dans des termes excellents, rendu justice à l'honnête homme, au praticien plein de dextérité et de sagesse. Au reste, un souvenir de lui nous restera toujours, car, à l'exemple de Lenoir, il nous a fait don d'une grande partie de sa bibliothèque.

Un de nos correspondants de province, Noël Roux, de Marseille, a payé sa dette à la mort.

Nous avons encore perdu deux associés étrangers : Hogdson, un des vétérans les plus glorieux de la chirurgie anglaise ; puis Heyfelder père, qui était toujours resté en communication scientifique avec nous.

Si quelque chose peut atténuer nos regrets, c'est la pensée que ces dignes vieillards ont usé et utilisé leur carrière, et ont joui, de leur vivant, de toute l'estime qu'ils avaient si légitimement conquise.

Nous avons d'ailleurs comblé les vides, et tout le monde savant,

j'en suis convaincu, approuvera sans réserve l'intention élevée qui a porté vos suffrages sur MM. Donders et Helmholtz, deux des hommes les plus marquants de notre époque, qui, sans pratiquer directement la chirurgie, lui ont cependant fourni de ces secours inattendus et puissants, de ces leviers solides comme en savent donner les sciences exactes.

Vous avez montré tout le cas que vous faites de ces moyens adjuvants en ouvrant plus directement encore vos portes à M. Giraud-Teulon qui, par une exception heureusement commune en France, réunit les aptitudes du savant pur et du praticien habile.

Enfin, je rappelle avec plaisir la petite phalange de vos nouveaux correspondants : Chedevergne, Houzé de L'Aulnoit, Jonon, Lejeal, Parisot, tous à la tête de services chirurgicaux, tous dévoués à la science, et qui vulgarisent en province et les conquêtes modernes de l'art et les enseignements lumineux que vous fournissez si libéralement.

Si l'avenir scientifique de la Société ne court aucun risque, notre prospérité matérielle ne périlite pas davantage; le rapport de notre trésorier nous révèle une position financière des plus satisfaisantes. Nous avons amplement de quoi faire honneur à nos affaires, de quoi satisfaire aux besoins de nos publications; si nous n'avons pas encore le superflu, du moins nous possédons le nécessaire et nous sommes à l'abri de cette gêne qui trop souvent enchaîne l'essor des associations scientifiques à leur début.

Il me reste à vous signaler quelques faits importants qui se sont passés pendant la durée de mon exercice, et qui contribuent à la gloire comme à la prospérité matérielle de la compagnie. Le 24 février dernier nous recevions ampliation d'un décret qui nous autorisait à disposer du legs opulent que nous devons à la générosité de Madame Laborie. Aussi avez-vous pu mettre sur-le-champ au concours une question qui, malgré le délai trop restreint accordé aux compétiteurs, nous a valu l'envoi de travaux intéressants. Nous avons beaucoup à attendre dans l'avenir de cette fondation dont le programme, intelligemment conçu, permettra de combler avec le temps une des lacunes les plus regrettables de la chirurgie pratique.

Les mémoires couronnés qui se succéderont nous apprendront les résultats définitifs de nos traitements et de nos opérations, de plus et ce sera justice, ils perpétueront le nom d'un collègue, qui sans une mort prématurée eût largement frayé la voie

Bien des fois obligés de recourir, par la publication de nos travaux quotidiens, à des organes libres de la presse médicale, nous

avons été arrêtés, entravés, gênés par des obstacles de plusieurs genres. L'année dernière même nous avons été menacés, par la faillite d'un imprimeur, de voir disparaître les matériaux de plusieurs mois de travail. Tout a été heureusement réparé, grâce aux bons soins de notre éditeur, et moyennant un très-faible sacrifice. Mais je suis plus heureux encore de vous annoncer qu'en vertu d'un traité en forme, régulièrement enregistré au mois de mars dernier et conclu avec la *Gazette des Hôpitaux*, la publication de nos bulletins ne souffrira plus ni retards ni arrêts. Après une lutte de plusieurs années, nous pouvons compter cette solution définitive comme une véritable victoire.

Le travail de la bibliothèque touche à sa fin. Bientôt nous serons à même de mettre à profit une collection chirurgicale déjà très-riche, et dont on trouverait difficilement ailleurs les matériaux. Toutes les fiches sont faites et classées, il ne reste plus qu'à transcrire des titres sur un registre pour avoir un catalogue facile à consulter. Un jeune étudiant en médecine, aujourd'hui docteur de fraîche date, M. le docteur Mesle, a prêté à cette œuvre un grand dévouement et je vous propose, en conséquence, de lui voter des remerciements. Si nos finances le permettent, il y aurait peut-être lieu de lui donner un successeur pour diminuer la tâche qui pèse, et pèsera de plus en plus lourdement, sur notre bibliothécaire actuel.

Messieurs, pendant mon passage à la présidence vous m'avez rendu la tâche agréable et facile en me montrant une déférence que certes ne vous imposent ni mon âge, ni ma position, mais par laquelle vous vouliez, j'en suis sûr, récompenser l'extrême soin que je prenais de sauvegarder à la fois votre règlement, les principes de l'impartialité et les droits si absolus de la discussion libre.

Parfois, je l'avoue, je vous en demande pardon, je me suis montré quelque peu autocrate en dirigeant vos débats, de temps à autre j'ai agité ma sonnette pour réclamer le silence, modérer quelques vivacités, mettre un terme à ces conversations particulières aussi funestes à la dignité qu'aux intérêts des sociétés savantes.

Mais j'ai l'espoir que vous ne me garderez pas rancune d'avoir exproprié votre temps et votre attention pour cause d'utilité publique.

Mes successeurs à ce fauteuil feront vite oublier le président de 1869; mais lui se promet bien de compter parmi ses belles années celle où il a eu l'honneur d'être le chef temporaire d'une compagnie comme la vôtre.

Après cette allocution, M. Le Fort, secrétaire annuel, a la parole

pour donner lecture du compte rendu des travaux de l'année écoulée. (Voir page 558.)

— **M. LE SECRÉTAIRE** proclame ensuite les noms des lauréats des prix décernés par la Société.

PRIX ÉDOUARD LABORIE

La question proposée était ainsi conçue :

« De la valeur relative des amputations sous-astragaliennne, tibio-tarsienne et sus-malléolaire.

Le prix a été décerné à M. Chauvel, médecin aide-major au Val-de-Grâce.

Une mention honorable a été donnée à M. Flamain, interne des hôpitaux.

PRIX DUVAL

Le prix a été décerné à M. Gadau, interne des hôpitaux, pour sa thèse sur le nystagmus.

Une mention a été accordée à M. Bezard, interne des hôpitaux, pour sa thèse sur le mécanisme de l'emphysème dans les fractures des côtes.

M. LE PRÉSIDENT donne la parole à M. Trélat, secrétaire général, pour l'éloge de Laborie.

ÉLOGE DE LABORIE

Messieurs,

L'homme distingué dont je vais retracer la vie fut quatre fois secrétaire de notre Société, qui reconnut ce dévouement en l'appelant à la présidence. Son nom est pour nous désormais inséparable du titre de bienfaiteur. Lui rendre hommage en cette séance solennelle est à la fois un devoir et une dette, et je me sens honoré d'être l'interprète officiel de nos sentiments communs.

Il semble d'ailleurs qu'un sort prévoyant ait voulu nous garder de l'oubli : aujourd'hui même il y a deux ans que notre regretté collègue rendait le dernier soupir. Les dates se confondent et les temps se rapprochent. Ces paroles d'éloge seront comme les couronnes que

des mains amies déposent chaque année sur la pierre des tombeaux.

Jean Édouard Laborie naquit le 4 septembre 1813 à Paris, dans la cour Batave, où son père, médecin estimé, exerça pendant longtemps la médecine. Son enfance s'écoula paisiblement dans ce quartier populeux et commerçant, où les grandes démolitions n'ont détruit ni le souvenir ni la reconnaissance. Le nom de Laborie y est encore connu et aimé.

Notre futur collègue fit de bonnes études au collège Rollin, dont il sortit le 28 décembre 1830 avec son diplôme de bachelier dans la poche. Il était bien jeune alors, mais la profession paternelle était un exemple encourageant; elle devait aplanir un chemin d'habitude si rocailleux et si dur! Peut-être aussi y avait-il un désir de promptitude personnelle à l'abri des événements. L'hésitation ne fut pas longue, et bientôt le bachelier prenait, suivant les formes, sa première inscription d'étudiant en médecine.

. Malgré le grand mouvement qui agitait alors les esprits et les passionnait dans les luttes politiques et littéraires, notre étudiant, doucement abrité dans sa famille, suivait en paix sa route, et après avoir franchi les premières épreuves de l'externat, il entendait avec joie proclamer son nom au 7^e rang sur la liste des internes qui devaient entrer en fonction le 1^{er} janvier 1835.

Husson, Lisfranc, Blandin, furent successivement ses maîtres. Mais il ne semble pas que leur enseignement ait laissé de fortes traces dans l'esprit de Laborie. C'est plus tard, après avoir quitté l'école, qu'il commence à discerner sa véritable voie et choisit volontairement les deux maîtres, dont l'influence restera sensible pendant toute sa carrière.

Occupé de plusieurs mémoires qu'il devait mettre au jour un peu plus tard, participant à la clientèle de son père et détourné pendant quelque temps du travail régulier par les soins de son installation professionnelle, il rédigea un peu rapidement sa thèse inaugurale sur une série de questions empruntées aux diverses branches de notre art. Une de ces questions, sur la *ligature de la carotide primitive et ses conséquences*, est traitée avec quelques développements, et renferme une observation intéressante par son résultat heureux et par les accidents du côté de l'œil et de l'oreille que l'opéré éprouva pendant sa convalescence, accidents dont la nature, aujourd'hui bien connue, n'était pas, tant s'en faut, aussi bien appréciée alors. Laborie subit sa dernière épreuve doctorale le 11 mai 1839.

Depuis quelques mois déjà, il avait associé sa vie et ses espé-

ances à une compagne excellente et dévouée. La carrière était facile pour ces jeunes époux. Entourés de parents et d'amis, n'ayant point à compter avec le besoin, sûrs de leur lendemain, ils n'avaient qu'à se prêter aux événements.

En attendant les occupations de la clientèle, qu'il ne sollicitait pas, Laborie prenait part à la rédaction de quelques feuilles médicales. Déjà, pendant son internat chez Blandin, il avait fait paraître un travail sur un sujet qui, sous différentes formes, n'a cessé depuis longtemps de préoccuper les chirurgiens. Trouver pour les plaies, les surfaces suppurantes, un milieu spécialement favorable à leur guérison est, on peut le dire hardiment, une sorte de pierre philosophale pour les hommes de notre profession. Quoique de grands et réels progrès aient été accomplis sous ce rapport, quoiqu'on puisse aujourd'hui mener à bien des entreprises opératoires qui eussent été téméraires autrefois, le problème n'est point encore résolu. Tout au plus avons-nous diminué le nombre des inconnues, et c'est en essayant successivement *l'air chaud* que préconisait Laborie dans son mémoire, la ventilation, l'irrigation chaude ou froide, le bain continu, l'aspiration des liquides sécrétés, les antiseptiques, les désinfectants, les styptiques et même les caustiques, que nous nous acheminons, en suivant laborieusement la voie expérimentale, vers une thérapeutique des grandes plaies, plus méthodique et plus efficace que celle de nos devanciers.

Il y avait alors et depuis peu à l'hôpital Saint-Louis un chirurgien actif et hardi, dont le nom était déjà populaire parmi les malades et les élèves. Opérateur habile et parfois d'une surprenante rapidité, ce qui était une qualité recherchée avant la merveilleuse découverte des anesthésiques, il pratiquait généralement cette chirurgie théâtrale qui, sans s'arrêter à l'utile, atteint souvent les limites du possible, mais qui parfois aussi rencontre des succès inespérés.

Laborie, qui n'habitait pas loin de l'hôpital Saint-Louis, commença à suivre Jobert de Lamballe par curiosité ; puis il en prit l'habitude, et bientôt fut un de ses auditeurs les plus assidus.

Certains contrastes sont harmonieux. Autant le jeune docteur était facile, aimable, d'attitude calme et de langage discret, autant le chef de service était brusque, raide, tourmenté, sans mesure dans son langage. Mais sous sa fausse rudesse, indice d'une nature sans équilibre, Jobert cachait un fond d'extrême timidité et une réelle puissance d'affection. D'ailleurs, plus soigneux pour les jeunes confrères qui le visitaient que pour ses élèves, il remarqua Laborie, l'at-

tira près de lui, le mit au courant de ses idées chirurgicales, et, après une fréquentation de quelques mois, lui demanda le secours de sa plume pour la rédaction d'un mémoire sur les nerfs de l'utérus, et plus tard sur les fistules vésico-vaginales.

En dehors de cette collaboration secrète, Laborie publiait dans les journaux : *Gazette des hôpitaux*, *Annales de la chirurgie*, des faits empruntés à la pratique de Jobert. La description d'un nouvel appareil pour les fractures de cuisse, deux observations de suture de l'intestin par adossement des séreuses, un article sur la réunion immédiate des plaies d'amputation appartiennent à cette époque.

En 1843, il donna lecture à l'Académie de médecine d'un mémoire qui fut peut-être le premier germe de l'étude chirurgicale qu'il a par la suite le mieux poursuivie. Jobert avait fait un jour, pour une maladie des os du métatarse, une amputation partielle du pied, exécutée, comme le dit le rédacteur de l'observation, *en suivant les inspirations du moment*. Au point de vue du succès définitif, l'inspiration n'avait pas été trop malheureuse, puisqu'au bout de dix mois la jeune malade marchait à plat sur son moignon. Ce résultat engagea Laborie à étudier la nouvelle opération comparative-ment avec les autres désarticulations du pied. On sait que cette nouveauté d'inventeur sans le vouloir consistait à enlever tout le métatarse, comme dans l'amputation de Lisfranc, plus les trois cunéiformes.

Le mémoire intitulé : *Quelques considérations sur la valeur relative des amputations partielles du pied* est bien disposé et renferme surtout des faits importants au point de vue de la rétraction du tendon d'Achille après l'amputation de Chopart; mais si la partie critique est judicieuse, l'auteur n'a point été aussi heureux dans son argumentation, nécessairement insuffisante, en faveur de la désarticulation tarso-médio-tarsienne, qui n'a jamais pu prendre rang parmi les opérations régulières et méthodiques.

Ces travaux n'étaient que des combats d'escarmouche auxquels prenait part un volontaire de la chirurgie. Il aspirait à entrer dans l'armée régulière. Il y réussit bientôt, mais en changeant d'arme. Le 16 février 1843, il était nommé chef de clinique de M. Paul Dubois, dont l'enseignement était alors dans tout son éclat. Il allait donc se livrer à l'étude des accouchements, et dut croire qu'il avait enfin trouvé sa voie, et que désormais sa carrière était tracée. Mais une prédilection première l'avait poussé dès ses débuts vers la chirurgie proprement dite, et malgré les apparences, il devait y revenir et y rester.

Cependant, à peine installé dans ses nouvelles fonctions, près d'un maître attrayant et persuasif qui a formé toute une génération d'accoucheurs distingués, dont quelques-uns malheureusement ont déjà disparu, Laborie voulut mettre à profit les faits nombreux et remarquables qui se présentaient à son observation. En 1844, il publia dans les *Annales de la chirurgie* le récit ému d'un accident sans gravité, mais extrêmement pénible qui est arrivé à un grand nombre d'accoucheurs : *la persistance de la vie et même des cris de l'enfant après la céphalotripsie*. Dans le cas en question, les manifestations de la vie avaient duré une heure après l'extraction. Un pareil spectacle est toujours douloureux et serait horrible dans la pratique privée. Il faut être logique, et lorsqu'on a été contraint de faire le sacrifice de l'enfant et qu'on n'amène plus à l'extérieur qu'une créature mutilée, je ne comprends guère qu'on ne fasse pas cesser, aussitôt qu'ils se produisent, ces derniers soubresauts d'une existence anéantie. Le doigt de l'opérateur, détruisant le bulbe, achève ce que l'instrument n'a pas fait, ce qu'il fait chaque fois qu'il peut être régulièrement appliqué, ce qu'il fait sûrement dans certains procédés comme celui qui est dû à notre collègue, M. Guyon.

L'année suivante, une opération faite par M. Dubois donna occasion à Laborie d'étudier une des questions les plus controversées de la chirurgie. Le résultat de cette étude, publié dans le même recueil que la précédente, porte pour titre : *Hydro rachis lombo-sacré nouveau procédé opératoire mis en pratique par M. Dubois. Examen des circonstances qui permettent de recourir aux opérations proposées pour obtenir la cure radicale de cette affection. Valeur relative des divers procédés opératoires*.

Sans accorder trop d'importance aux procédés, l'auteur s'attachait surtout à élucider le point capital du sujet, c'est-à-dire l'appréciation des indications opératoires. Sous ce rapport, il suivait une voie dans laquelle ont continué de marcher la plupart des chirurgiens prudents, et donnait les signes qui indiquent l'isolement de la tumeur et l'absence de tout élément nerveux dans son épaisseur ; signes encore trompeurs malgré tous le soin qu'on apporte à les constater, et qui sont bien faits pour inspirer une extrême réserve dans l'emploi des moyens réputés curatifs.

Un nouveau mémoire, inséré dans la *Gazette médicale*, traitait du *Débridement du col de l'utérus dans le cas où l'état de contraction de cet organe devient un obstacle à l'accouchement*. Aujourd'hui ce sujet est bien connu, mais il ne faut point oublier qu'il n'en était pas ainsi il y a vingt-cinq ans. Alors M. Dubois enseignait, comme une

chose nouvelle, que les raideurs de l'orifice utérin peuvent tenir à des causes variées parmi lesquelles il fallait placer au premier rang la rigidité spasmodique, qu'on pourrait plus justement nommer contracture du col.

En 1847, Laborie fut chargé de la partie obstétricale d'un journal récemment fondé, qui depuis lors a conservé une situation élevée dans la presse médicale. Dans l'espace de quelques années, il publiait dans l'*Union médicale* des articles plus ou moins développés sur la *grossesse gémellaire*, sur différents cas de *dystocie*, enfin sur un sujet qu'il aborda sous des formes diverses et à plusieurs reprises. Ayant eu le bonheur de faire naître par *l'accouchement prématuré artificiel* un enfant vivant et vivace, car il est devenu un homme, chez une femme mal conformée qui avait vu ses deux grossesses antérieures se terminer par des accouchements très-laborieux et la mort des enfants, il fit connaître ce fait qui servit de point de départ à un travail plus étendu sous ce titre : *Dans que'les circonstances, en faisant abstraction des vices de conformation du bassin, est-il indiqué de provoquer l'accouchement, quelle que soit du reste l'époque de la grossesse ?* Plus tard, devenu membre de la Société de chirurgie, il reprit encore ce même sujet, dans un rapport intéressant et détaillée, sur le *Traité pratique d'accouchement prématuré artificiel* de M. Silbert d'Aix. A voir le soin avec lequel il signale les lacunes ou les insuffisances du livre, on reconnaît un auteur depuis longtemps au courant de la question dans toutes ses finesses.

Mais le grand événement de février 1848 venait d'éclater. Bien rares alors étaient ceux qui, s'isolant des grands bruits du dehors, poursuivaient leurs travaux et leurs études. D'ailleurs la vie publique était exigeante, et si le titre de citoyen était de mode, il y avait des heures où il rappelait d'impérieux devoirs.

Aux douloureuses journées de juin, Laborie, qui était chirurgien du 8^e bataillon de la 2^e légion de la garde nationale, se trouvait à son poste, lorsque cette troupe courageuse essuya sans plier l'attaque violente qui eut lieu, le vendredi vers deux heures, à la porte Saint-Denis et qui marqua le début de l'émeute. Il ne quitta pas l'uniforme pendant ces tristes journées de deuil et de sang, et quelques jours après le ministère de la guerre, qui avait à faire face à de trop nombreux besoins, s'empressa de le nommer médecin des forts de Noisy-le-Sec et de Romainville, transformés en prisons provisoires.

Les services qu'il rendit dans ces circonstances appelèrent sur lui

l'attention. L'administration de la guerre lui adressa des remerciements élogieux, et quand vers le mois d'octobre on songea à organiser des départs de colons pour l'Algérie, il fut appelé dans le sein de la commission chargée du choix des émigrants. J'ai retrouvé la lettre de mon vénéré père, alors président de la commission, relative à cette nomination soigneusement conservée par notre collègue.

Ces occupations, où la chirurgie ne remplissait guère qu'un rôle nominal, eurent-elles quelque influence sur Laborie, ou bien suivit-il le courant qui portait les hommes jeunes vers notre société, faible encore, mais déjà pleine d'activité ? Ce serait difficile à dire. Toujours est-il qu'à partir de la fin de 1848, il devint pendant quatre ans le *reporter* assidu de nos séances dans l'*Union médicale*, qui n'a cessé depuis cette époque de rendre compte de nos travaux avec un soin et une intelligence remarquables.

Il y a vingt ans, nous n'avions pas de publications régulières, pas d'organe officiel ; aussi les procès-verbaux bénévoles des journaux avaient-ils une importance majeure pour l'avenir de la Société.

Celle-ci ne tarda pas à être reconnaissante envers le jeune confrère qui s'acquittait si bien de sa tâche délicate et nous prêtait un concours si constant. Elle le laissa entrevoir, et Laborie saisit la première occasion qui s'offrit à lui pour faire acte de candidature et solliciter les suffrages des membres de la Société de chirurgie.

Un fait remarquable, dont la relation est restée bien froide dans nos bulletins, excitait alors un vif intérêt parmi les chirurgiens et les accoucheurs. Une femme placée dans le service de M. Huguier semblait atteinte d'une grossesse extra-utérine. Les avis étaient partagés, et le diagnostic demeurait fort obscur malgré l'examen de nos maîtres les plus éminents. Déjà on étudiait les moyens de faire face aux diverses éventualités. C'est à ce moment dans la séance du 12 mai 1852, que Laborie vint lire à notre tribune un travail ayant pour titre : *Des indications pratiques à suivre dans le cas de grossesse extra-utérine abdominale ayant dépassé le septième mois, avec persistance de la vie de l'enfant.*

Ce travail, écrit de verve et plein de conviction chaleureuse, concluait hardiment à la nécessité immédiate de la gastrotomie. Heureusement cette déduction théorique, d'ailleurs très-discutable, comme le démontra M. Danyau dans un remarquable rapport resté jusqu'ici inédit, n'avait pas un caractère exécutoire, car, le 1^{er} juillet, un accouchement naturel et à terme venait trancher toutes les incertitudes.

Quelques jours auparavant, la Société s'était prononcée. Laborie

était élu membre titulaire le 16 juin, et vice-secrétaire dans la séance suivante. Il débutait en faisant partie du bureau pour deux années.

Jusqu'alors sa vie n'avait été traversée par aucun orage. Un travail calme et régulier, des occupations agréables, des amitiés dévouées et une sympathie générale en avaient été l'atmosphère. Mais il n'y a pas de jour sans nuit, et le bonheur ne serait qu'un vain mot sans la souffrance. Notre pauvre collègue allait être frappé dans sa tendresse et dans ses espérances.

Après avoir perdu un premier enfant en bas âge, il lui restait un petit enfant de neuf ans, entouré de toutes les affections et de tous les soins. La mort le prit comme son frère et laissa seul le père désolé.

Presqu'en même temps il voyait s'écrouler l'espoir de devenir chirurgien du Bureau central. Après trois concours et ayant été, dans l'un d'eux, sur le point de toucher la nomination, il entrevoyait une longue période sans nouveaux concours, et une pléiade de concurrents redoutables prêts à se disputer chaudement les rares places vacantes. Le temps était difficile; quelques années plus tôt ou plus tard, il eût sans doute réussi; il abandonna cette voie. Mais l'avenir lui ménageait une large et juste compensation.

D'ailleurs, il n'était pas homme à s'isoler dans la douleur et les regrets. Sa nature expansive avait besoin de se donner et de se dévouer. Il se rattacha davantage à ses occupations, à ses amis, à sa clientèle, à ses travaux, et devint l'un des membres les plus actifs et les plus utiles de la Société.

Son dévouement était toujours prêt. Après avoir été deux ans secrétaire, il accepta de nouveau ce poste laborieux dans l'année 1855-56, et, en 1858, notre éminent collègue M. Broca ayant été, nommé secrétaire-général et M. Richet ne pouvant alors accepter pour cause de santé, d'être secrétaire des séances, la Société fut trop heureuse de trouver encore Laborie comme second secrétaire. Plus de trois volumes de nos bulletins ont été rédigés par lui.

Pendant les premières années de son séjour parmi nous, ses travaux, communications ou rapports, portèrent exclusivement sur l'obstétrique, dont il ne s'occupa plus dans la suite qu'à de rares intervalles.

Deux rapports figurent dans le tome IV de nos *Mémoires* : le premier sur une importante communication de M. Houzelot, intitulée : *De l'emploi du chloroforme dans l'accouchement naturel simple*, comporte des conclusions que le temps et l'expérience n'ont fait que

confirmer ; le second donnait de larges développements à un court travail lu par Cazeaux sur *l'État du col de la matrice dans la seconde moitié de la grossesse*.

Mais il s'en faut que ce soient les seuls sujets qu'il ait abordés. A propos d'*Un cas d'infanticide prétendu*, il se prononçait après discussion complète pour l'innocence de l'accusé, et défendait sur le terrain de la science cette belle maxime du droit, que la loi doit être interprétée dans le sens le plus favorable à la défense, et que l'accusation doit reculer devant la plus légère incertitude.

Un peu plus tard, après le rapport sur le *Traité pratique de l'accouchement artificiel* de M. Silbert (d'Aix), que j'ai déjà signalé, il étudiait la *conduite que doit tenir l'accoucheur dans la procidence du bras, l'enfant étant encore vivant*, et dirigeait toute son argumentation contre cette pratique aussi barbare qu'inutile de la brachiotomie. Bientôt, c'était un nouveau rapport fort intéressant sur *l'opération césarienne*, et quelques mois après, la discussion d'un des faits les plus singuliers que puisse présenter la pratique obstétricale. Il s'agissait d'une femme ayant subi heureusement l'opération césarienne et qui, un an après étant devenue enceinte de nouveau, eût, vers le cinquième mois de la grossesse, une *rupture spontanée de l'utérus*. Cette rupture avait laissé passer l'œuf entier, constituant une sorte de grossesse extra-utérine traumatique, qui se termina au bout de quatre mois par l'ulcération du kyste et de la paroi abdominale, et, quelques jours après, par la mort de la malade. Ainsi résumé, le fait perd son caractère anormal et tout s'explique simplement. Mais les choses étaient beaucoup moins simples quand Laborie dut faire le rapport et rédiger une consultation au moment de l'accident, longtemps avant la fin de ce drame pathologique plein de péripéties bizarres.

Quoique la liste des communications faites par Laborie soit loin d'être épuisée pour cette période de 1852 à 1859, celles que j'ai mentionnées suffisent à montrer combien son zèle et son dévouement étaient actifs et constamment en éveil. Cela méritait une récompense. Aussi, lors du renouvellement du bureau, le 22 juin 1859, le nom de Laborie se présenta tout naturellement sous la plume de plusieurs de ses collègues pour la vice-présidence de l'année qui allait s'ouvrir.

Aucune nomination n'était mieux indiquée. Le candidat était parfaitement digne, il avait rendu des services exceptionnels ; depuis peu il était, comme la plupart de ses collègues, attaché à un grand hôpital. Cependant, chose surprenante, mais moins rare qu'on pour-

rait le croire, le vote fut très-disputé. Il fallut faire trois tours et un scrutin de ballottage pour achever l'élection. Enfin, comme c'était justice, Laborie fut proclamé vice-président pour l'année 1859-60. Mais le règlement de la Société ayant été modifié à cette époque, et le renouvellement du bureau reporté à la fin de l'année solaire, cette vice-présidence dura dix-huit mois, et ce fut seulement le 26 décembre 1860 que le vice-président fut élu président pour l'année 1861, pendant laquelle il dirigea nos discussions.

C'est vers cette époque que Laborie lut successivement à l'Académie, et pour faire acte de candidature, deux mémoires importants; le premier intitulé : *Histoire des thrombus de la vulve et du vagin spécialement après l'accouchement*, l'autre : *Du Rôle des symphyses pendant l'accouchement*. Ce second travail est un exposé méthodique du sujet et conclut, suivant une doctrine généralement admise, que le détroit inférieur seul subit des changements de dimensions par le jeu de certaines articulations, tandis que l'ouverture supérieure de l'excavation pelvienne ne peut être en aucune façon modifiée par ce même mécanisme dans un bassin normal.

Le premier mémoire présente une originalité plus marquée et fait faire un réel progrès à l'histoire des thrombus consécutifs à l'accouchement. L'auteur base la classification des tumeurs sanguines sur les données de l'anatomie et fournit ainsi une bonne explication des différences profondes qui distinguent à tous égards les diverses variétés des thrombus.

L'anatomie règne peut-être en souveraine trop absolue dans ce travail; de côté et d'autre elle prend un peu les devants sur les réalités de la pathologie et ne se plie pas toujours de bonne grâce devant le fait, cet argument aussi brutal que respectable. Néanmoins le point de vue général était utile et juste et valait une exposition complète.

Ces mémoires, joints aux autres publications obstétricales de Laborie, ne le conduisirent cependant pas à l'Académie. Il était déjà trop complètement revenu à la chirurgie pour tourner de nouveaux efforts vers l'obstétrique.

Depuis quelques années en effet, un événement de première importance était survenu dans sa carrière et en avait déterminé la dernière et la meilleure direction.

Beaucoup d'idées utiles et généreuses, écloses en 1848, n'eurent point le temps de mûrir. Au milieu de beaucoup d'autres, on parlait alors des invalides du travail et un concours avait été ouvert pour la construction d'un établissement destiné à les recueillir.

C'est à Montrouge, là où se dessine aujourd'hui l'ébauche menacée du parc de Montsouris, que l'édifice devait être élevé. Mais le *sic vos, non vobis* est éternel. Les plans étaient faits, l'idée était lancée; d'autres devaient l'exécuter et en tirer gloire.

Un décret impérial, en date du 8 mars 1855, lui donnait une vie nouvelle en fixant un autre emplacement. L'asile allait s'élever à Vincennes, sur les hauteurs qui dominent Charenton, d'après les plans adoptés d'un architecte de talent, M. Laval. Les travaux commencèrent le 14 août de la même année. L'emplacement, les dispositions générales, les agencements des plans étaient vraiment remarquables; on sentait dans l'œuvre future un souffle de jeunesse et d'originalité dont nous sommes aujourd'hui bien déshabitués. Pas de murs, la vue des bois et des côteaux, de belles pelouses en pente, menant à des constructions basses tapies sous le soleil, de l'espace, beaucoup d'espace large et gai; au fond et comme un centre, les lieux de réunion, de causerie, de lecture, les réfectoires. Tel est resté, tel était alors le futur hôpital, hospice ou asile, car sa destination n'était pas parfaitement arrêtée au début des travaux. Mais les édifices comme les hommes obéissent à leur nature, en dépit de leur rôle et de leur but, si ce rôle et ce but n'ont pas été bien définis. Cette enceinte ouverte et lumineuse respirait la santé. Ce fut l'asile de la convalescence.

Il y avait plus d'un siècle qu'on l'attendait, mais cette longue attente devrait être fructueuse. L'asile de Vincennes a rendu et rendra longtemps encore d'excellents services, parfaitement appréciés par tous ceux que la philanthropie intéresse à un titre quelconque.

C'est Laborie qui fut l'organisateur, le créateur du service médical dans ce bel établissement, dont il avait été nommé médecin en chef le 1^{er} septembre 1857, jour de l'inauguration, et auquel, pendant les dix dernières années de sa vie, il consacra les soins les plus vigilants, les plus efficaces et ses plus constantes préoccupations.

Ici tout était à créer; il n'y avait pas de précédents, rien à copier. Suivant la marche adoptée on pouvait faire bien, médiocrement ou mal. Aujourd'hui que Laborie a livré à ses successeurs une œuvre mise en train, il est incontestable que la marche était bonne. Comment se fait-il que l'asile sœur et sœur cadette, l'asile du Vésinet destiné aux femmes, soit resté si inférieur à celui de Vincennes au point de vue de l'utilité finale? Question intéressante, mais hors de lieu.

Il fallait saisir la nuance juste dans la fixation du régime de ces

convalescents si divers, les uns presque guéris et n'ayant besoin que d'un peu de repos et de bien-être ; d'autres, faibles et hâves, vrais échappés de la tombe, qu'il fallait mener comme des enfants ; d'autres encore, pauvres valétudinaires, jouissant d'une embellie entre deux assauts d'un mal inexorable. A tous il laissa une grande liberté, leurs gazons, leurs chambres, leurs lits ; une vie de *lazzarone* ; autant de paresse et plus de bien-être.

Mais dès que la convalescence cessait de marcher régulièrement, ou dès que survenait un accident quelconque, le malade passait à l'infirmierie, où il était soumis à une surveillance assidue et recevait des soins médicaux réguliers.

C'est cette infirmerie qui fut le champ d'observation de Laborie. C'est là qu'il recueillait de nombreux matériaux sur les résultats des traitements institués et suivis dans les hôpitaux de Paris, sur l'anatomie pathologique de certaines lésions à marche lente ou insidieuse qui nous échappent souvent dans nos services si rapidement renouvelés, sur la durée de la convalescence des maladies médicales.

Après avoir organisé le secours, il organisait chaque année, de mieux en mieux, la production scientifique de son hôpital. C'était une mine, mais il fallait un mineur. Il comprit vite qu'il avait entre les mains un instrument puissant qui avait manqué à ses prédécesseurs et à ses collègues, que ce n'était point assez d'avoir porté la lumière sur les résultats immédiats des opérations, qu'il fallait savoir ce que deviennent les survivants, et à quel prix ils achètent la guérison. Au lieu de ces enquêtes personnelles si lentes et si incomplètes, il n'avait qu'à recueillir les faits qui se rassemblaient sous ses yeux et qui le faisaient juge des méthodes, des procédés et des pratiques suivis.

Aussi les communications qu'il nous fit pendant les dix années de son exercice à Vincennes sont-elles nombreuses. Tantôt c'étaient dans des cas de mort imprévue, résultant d'une maladie que rien n'annonçait : tumeurs cancéreuses, lésions des valvules du cœur ; une infection purulente chez un amputé guéri dont la plaie cicatrisée cachait un petit séquestre. Tantôt des variétés rares de fractures anciennes ou récentes, des absences de consolidation osseuse avec toutes les apparences extérieures de la guérison la plus parfaite ; de vieilles pseudarthroses avec leurs conséquences. Parfois, il nous fournissait la démonstration irréfutable des difficultés du diagnostic et nous montrait que bien souvent la prudence interdit de prendre la probabilité pour la certitude. Un jour il déposa sur cette tribune

une tumeur que trois de nos collègues les plus distingués et les mieux rompus au diagnostic avaient déclaré être encéphaloïde; lui-même, Laborie, avait adopté ce diagnostic et pratiqué l'ablation. C'était une tuberculose épидидymaire ayant envahi toute la glande.

Mais il y a un sujet qu'il étudia avec prédilection; c'est le résultat des amputations à lambeaux et particulièrement des amputations de la partie inférieure de la jambe. Il y revint nombre de fois, nous apporta des moignons disséqués, des moules en plâtre, nous montra des opérés, nous fit connaître les résultats de sa propre pratique et de celle des autres chirurgiens. Il écrivit un grand nombre de notes retrouvées dans ses papiers, et inspira à ses élèves plusieurs thèses relatives à cette importante question. Ces efforts soutenus ont été fructueux. Mieux que personne, Laborie a prouvé que l'amputation sus-malléolaire, reconnue bonne au point de vue de la bénignité, est non moins bonne sous le rapport des fonctions du membre, à la condition toutefois que le moignon soit pourvu d'un lambeau épais et long venant se rattacher à une cicatrice antérieure; qu'alors l'amputé peut appuyer directement sur ce coussin solide et faire de longues marches avec un appareil prothétique convenable. Et comme surcroît de démonstration, il nous faisait savoir, dans sa dernière communication, qu'il avait obtenu vingt-quatre succès par cette méthode à grand lambeau postérieur, sur vingt-huit amputations.

Il ne se laissait cependant pas absorber par une seule question. Il étudiait les résultats de l'uréthrotomie interne, surtout au moment où quelques chirurgiens prétendaient ériger cette méthode en système exclusif de thérapeutique des coarctations uréthrales. Il signalait à l'attention des praticiens les fâcheux effets de l'application précoce des appareils inamovibles dans le traitement des fractures; des déplacements pouvant ainsi s'opérer à l'insu du chirurgien. Il recherchait encore les résultats que donnent les divers traitements institués pour combattre les déformations dans la fracture de cuisse.

Ces résultats, méthodiquement recueillis par un de ses élèves, et consignés dans une thèse importante couronnée par la Faculté, nous montrent combien de progrès restent à faire dans cette voie, et quelle est, abstraction faite du danger de mort, la réelle gravité de la fracture de cuisse.

Préoccupé de ces recherches variées, Laborie consacrait de longues heures à son service, et n'y manquait jamais. Les malades,

les observations à rédiger, la salle d'autopsie le prenaient tour à tour. Dans le courant de 1865, à la suite de dissections trop prolongées, il éprouva une sorte d'intoxication anatomique subaiguë qui le tint pendant plusieurs mois éloigné de nos séances. Cet accident n'eut pas d'autres suites, et la santé lui revint complètement.

Cependant, ses amis les plus intimes remarquaient chez lui un peu de fatigue, et lui conseillaient quelques ménagements. L'affection double la clairvoyance. Laborie se sentait bien portant et menait sa vie habituelle. A chacune de nos séances il occupait sa place, et terminait avec nous l'année 1867.

Le 6 janvier, il éprouva un peu de malaise en se mettant au lit, et le lendemain matin, un lundi, il était réveillé par un violent et long frisson, suivi bientôt d'une vive douleur à la poitrine. C'était le début d'un érysipèle gangréneux qui, malgré les soins les plus dévoués et les plus éclairés, ne laissait bientôt plus aucun espoir. Dès le jeudi, le pauvre malade était pris de délire. Son hôpital, la Société de chirurgie, des médecins, des veuves de médecins à aider ou à secourir ; ses souvenirs et son bon cœur, voilà ce qu'on discernait dans ces phrases coupées, vides de sens et pleines encore de sentiment. Le dimanche matin de bonne heure il avait cessé de vivre. C'était comme aujourd'hui le 12 janvier ! Il avait cinquante-quatre ans et quatre mois.

Laborie était membre de la Société anatomique, de la société médicale d'Émulation, membre et ancien président de la Société de Chirurgie de Paris, médecin en chef de l'Asile des Convalescents de Vincennes, médecin de l'Opéra depuis plus de vingt ans, membre de la Légion d'honneur depuis 1852 et officier de cet ordre depuis 1862, honoré de médailles pour son dévouement dans les deux épidémies de choléra de 1832 et de 1849, enfin, et au-dessus de ces titres et de ces honneurs, décoré de l'estime publique et entouré d'affections nombreuses et dévouées.

A peine sa veuve désolée eut-elle séché ses premières larmes qu'elle songea à donner une forme aux derniers et vagues désirs de celui qui n'était plus. Elle se souvint des étincelles qui avaient encore brillé dans son intelligence en cendre, et voulant élever à la mémoire de son mari un monument digne d'elle et de lui, elle s'entoura des meilleurs conseils et fonda pour notre Société le *Prix Edouard Laborie* que vous venez d'entendre décerner pour la première fois, après une lutte énergique entre des compétiteurs qui honoraient à la fois par leurs importants travaux les fondateurs du

prix, la Société et eux-mêmes. Je suis assuré d'être ici l'interprète de sentiments unanimes en exprimant publiquement à Madame Veuve Laborie la gratitude de la Société de Chirurgie.

Il y a des hommes qui appellent plutôt les regrets que le jugement. Laborie est de ce nombre. Bien qu'il eût dépassé la jeunesse, les circonstances ne lui avaient permis d'entrer de plain-pied dans la carrière que depuis peu d'années. C'est seulement à Vincennes qu'il fut en pleine possession de lui-même et put mettre à profit toutes ses qualités intellectuelles et morales. Son œuvre, lentement et doucement élaborée, reste inachevée; nous n'en avons que des lambeaux épars, et nul doute qu'il les eût rassemblés en un solide faisceau si le temps avait été moins sévère pour lui. Des matériaux considérables par leur nombre et par leur importance étaient mis en réserve, et le temps était proche où il eût été en mesure de résoudre magistralement la plupart des incertitudes qui pèsent encore sur la valeur fondamentale de nos méthodes thérapeutiques. Ce résultat, il y touchait pour ainsi dire à son insu; l'œuvre grandissait spontanément en vertu de sa puissance intrinsèque, et désormais s'imposait à l'ouvrier.

Celui-ci d'ailleurs était à la hauteur de cette mission. Vous vous en souvenez, messieurs, lorsque nous apprîmes la nomination prochaine du successeur de Laborie, la Société de chirurgie prit une délibération, par suite de laquelle son président, M. Legouest, adressa au ministre de l'intérieur une lettre respectueuse où il lui exprimait le désir de toute notre compagnie de voir le nouveau titulaire de l'asile de Vincennes, dont les fonctions sont si délicates vis-à-vis du corps médical des hôpitaux de Paris, suivre les errements si bien tracés par son prédécesseur.

Cette lettre était un hommage posthume, mais éloquent, adressé non-seulement au chirurgien, au confrère, à l'homme de science et de pratique, mais encore à l'homme privé.

Il le méritait sous tous les rapports. Une longue fréquentation nous a permis d'apprécier les belles qualités de notre regretté collègue. Plein de douceur dans les formes, de convenance dans le geste; aimable et presque souriant, il alliait à ce charme une franchise limpide, une dignité ferme et sans incertitude. Combien ces dons naturels, si remarquables par leur opposition, furent estimés pendant tout le temps où il occupa le fauteuil de la présidence!

Rien n'était caché dans cette nature, où la grâce de la jeunesse avait survécu au calme de la maturité. Le regard était transparent, et à travers le sourire du visage, on apercevait une conscience sans

nuage et un cœur sans tourment. L'homme tout entier se résumait en trois mots : le travail comme devoir, l'aménité comme règle, la loyauté comme loi naturelle et inviolable.

La séance est levée à cinq heures.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX

POUR L'ANNÉE 1869.

Messieurs,

Un usage consacré par le règlement impose à votre secrétaire le devoir de vous communiquer, à la séance de ce jour, un compte rendu sommaire des travaux de l'année. C'est ce devoir que je viens remplir.

Dans les sociétés savantes n'ayant pas pour conserver le souvenir de leurs séances la publication de leurs procès-verbaux, la lecture et la publication d'un pareil compte rendu sont d'une utilité incontestable, car il constitue presque le seul moyen de conserver la trace des efforts de tous, et de montrer par la mise en lumière des résultats obtenus la raison d'être de la société. Dans ces conditions ce compte rendu, sans cesser d'être un résumé, doit être assez longuement développé, car il ne doit pas seulement indiquer le point de départ et le résultat des discussions ; il lui faut encore reproduire, analyser et parfois apprécier les différents arguments qui s'y sont produits.

Pour nous, rien de semblable ; puisque grâce à la publication de nos procès-verbaux, et surtout à celle de nos bulletins, nos travaux et nos discussions sont entrés déjà ou entreront dans quelques jours intégralement et à tout jamais dans le domaine de l'histoire de la chirurgie. La tâche que je viens remplir n'a-t-elle donc aucune utilité, et dois-je sans profit pour personne réclamer de votre indulgence quelques instants de bienveillante attention ? C'est une question qu'il ne m'appartient pas de résoudre ; mais il a semblé, non sans raison peut-être, aux maîtres qui ont fondé notre Société

qu'un compte rendu annuel pouvait remplir un but utile ; ils ont pensé qu'il était bon, après une année écoulée, de jeter un regard en arrière et d'étudier le chemin parcouru, moins pour se féliciter du travail accompli que pour y trouver des motifs de travailler davantage encore, en voyant combien il reste à faire pour atteindre le but que nous nous proposons.

Ce but, c'est d'arriver par la discussion des faits et des opinions, par la mise en commun de notre zèle et de nos efforts, à élucider, et, s'il se peut, à résoudre quelques-unes des questions si difficiles que l'art et la science imposent chaque jour à nos méditations.

C'est de cette manière et non par l'apport de nouvelles découvertes que les sociétés comme la nôtre rendent de véritables services. Découvrir des faits nouveaux, imaginer des théories nouvelles est du domaine de l'individualité ; mais il appartient aux sociétés de soumettre les faits, les théories au contrôle collectif de ses membres, et, par un examen impartial, débarrassé des entraînements involontaires et des illusions de la paternité scientifique, de fixer leur valeur, de déterminer la place qui leur appartient dans la science ou dans la pratique de l'art. C'est cet esprit qui a guidé la Société dans les discussions auxquelles elle s'est livrée ; et si dans plusieurs circonstances une solution nette, précise des questions controversées n'en a pas été la conséquence, loin d'y voir une regrettable hésitation et bien moins encore une fâcheuse incompétence, il faut y voir, au contraire, cette sage, cette prudente réserve qui garantit des entraînements et des enthousiasmes de la théorie ceux qui, placés à la tête de services hospitaliers, aux prises chaque jour avec les difficultés de la pratique, savent combien il y a loin des préceptes généraux et inflexibles aux indications si variables et si délicates de la clinique. C'est, en effet, sur des points divers de la thérapeutique chirurgicale ou obstétricale qu'ont porté les principales discussions qui, cette année, ont le plus attiré l'attention de la Société.

Une observation de tumeur fibreuse expulsée spontanément de l'utérus, le récit d'un accouchement heureusement terminé chez une malade atteinte d'une tumeur fibreuse qui obstruait l'excavation, ces deux faits communiqués, l'un par M. Depaul, l'autre par M. Guéniot, dans le courant de l'année précédente, ont soulevé cette année d'importants débats auxquels ont pris part surtout ceux de nos savants collègues qui font de l'obstétrique leur principale étude. Les corps fibreux augmentent-ils de volume pendant la grossesse, et subissent-ils en même temps quelques modifications

dans leur consistance ? Faut-il, lorsqu'il existe de pareilles tumeurs chez une femme enceinte, donner la préférence à la version sur le forceps, tels sont les trois points qui ont surtout été examinés. L'accord s'est fait sur les deux premiers points entre presque tous les orateurs, et sur le terrain de la physiologie pathologique ; mais les dissidences ont persisté quand, dans le domaine de la thérapeutique obstétricale, il s'est agi de décider s'il fallait en pareille circonstance avoir recours à la version ou au forceps. Si la question est restée sans solution définitive, alors qu'elle était discutée entre des accoucheurs aussi éminents que MM. Depaul, Blot, Tarnier, Guéniot, c'est qu'elle n'en comporte pas encore dans l'état actuel de nos connaissances ; mais la discussion, en faisant ressortir les avantages et les inconvénients de l'une et l'autre méthode, appellera de nouvelles observations et pourra, dès maintenant, servir de guide et de conseil à ceux qui se trouveraient en présence des difficultés qu'apporte à la terminaison de l'accouchement la présence de certaines tumeurs fibreuses de l'utérus.

L'efficacité du traitement mercuriel dans la thérapeutique des affections syphilitiques, malgré les débats qui ont eu lieu les années précédentes, a reparu plusieurs fois à l'ordre du jour de nos séances. Inaccessible au découragement, inébranlable dans ses convictions, animé d'une ardeur toujours nouvelle, notre collègue M. Després n'a pas renoncé à l'espoir de nous convaincre de l'inutilité ou plutôt des dangers de l'emploi du mercure et l'on peut dire de la supériorité de l'expectation, du moins pour les malades auxquels leur état social permet de trouver ailleurs qu'à l'hôpital de Lourcine une bonne table, des vins généreux, tout ce qui constitue en un mot un régime tonique capable de réparer les désordres causés par l'intoxication syphilitique. M. Liégeois au contraire nous a montré quels excellents résultats on pouvait obtenir par l'emploi de la méthode de Lewin, c'est-à-dire par l'injection sous-cutanée du bichlorure de mercure. Ces résultats, du domaine de l'observation, sont acquis à la science, mais s'il reste encore à déterminer dans quels cas l'introduction des mercuriaux par la méthode hypodermique doit être préférée à l'usage des frictions ou à l'administration de ces médicaments par la voie stomacale ; à quelle dose, sous quelles formes, dans quelles conditions il faut avoir recours au mercure, tous ou presque tous nous continuons à le regarder comme le meilleur, sinon comme le seul remède entre les ravages de la syphilis secondaire.

M. Liégeois est allé plus loin encore et il a cru pouvoir regarder les mercuriaux comme un médicament tonique, qui devrait à ce titre

être accepté avec empressement par notre collègue M. Desprès. Il résulterait en effet de ses recherches patientes et consciencieuses que le sublimé introduit à petites doses sous la peau, loin d'affaiblir le malade, aurait au contraire pour effet d'augmenter son embonpoint d'une manière notable, et si j'emploie en parlant de ces expériences une forme dubitative, ce n'est pas que je veuille contester un fait matériel constaté, attesté par un collègue sérieux et sévère observateur, c'est que les faits sur lesquels il s'appuie sont encore peu nombreux, c'est qu'ils sont trop en contradiction avec ceux dont nous avons été, dont nous sommes témoins, pour qu'il ne puisse y avoir place pour un doute portant sur la possibilité de coïncidences, et sur la véritable interprétation qu'il convient de donner à cette tendance si extraordinaire à l'obésité chez les malades affaiblis par la maladie et peut-être aussi par le traitement.

Dans un ordre d'études qui se rapproche du même sujet, M. Liégeois s'est livré à de laborieuses recherches dont il a consigné les résultats dans un travail important que la publication de nos mémoires portera bientôt à la connaissance de tous, et dont le *Medical Times and Gazette* a donné déjà une analyse détaillée. Notre collègue, confirmant de faits nouveaux les idées avancées par Curling, a prouvé, par l'examen direct, la permanence des spermatozoïdes, depuis l'âge de la puberté jusqu'à la vieillesse la plus avancée; pourvu toutefois qu'aucune maladie des organes en rapport avec la fonction ne soit venu compromettre et détruire la possibilité de leur formation. C'est là un fait d'une importance considérable, non-seulement parce qu'il rectifie une erreur acceptée comme une vérité naturellement démontrée; mais parce qu'il nous permettra parfois de ramener le calme dans plus d'un esprit injustement ou justement inquiet de voir survivre aux années écoulées une faculté qu'à tort ou à raison il croyait à tout jamais perdue, et parce qu'il laissera la vieillesse, tantôt confiante à l'excès, tantôt douloureusement soupçonneuse, goûter en paix avec les derniers jours de la vie, les dernières et tardives joies d'une paternité inespérée.

La question si délicate du parti à prendre, quand on se trouve en présence d'une fracture compliquée de la jambe au tiers inférieur avec issue du tibia au travers de la plaie, a tenu également une grande place à l'ordre du jour de nos séances. Faut-il amputer immédiatement, faut-il tenter la conservation? Tel est le problème qui s'impose aussitôt à la préoccupation du chirurgien.

Ici encore, une solution applicable à la généralité des cas n'a pu réunir les opinions de nos collègues; c'est qu'ici encore on peut dire

qu'une règle générale est difficile à poser. Pour les uns, M. Panas, M. Trélat, M. Alphonse Guérin, dans ce cas comme dans tous ou presque tous les cas de fracture compliquée, la conservation doit être la règle; pour d'autres, et je suis de ceux-là, le principe de la conservation doit être exceptionnellement abandonné, car le danger réside moins dans l'irradiation possible, probable même, de la fracture jusque dans l'articulation tibio-tarsienne, que dans l'ouverture étendue du canal médullaire et dans l'ostro-myélite qui en est la conséquence ordinaire.

L'attention est appelée sur ce point, le problème est posé; l'expérience, les observations nous en donneront plus tard la solution.

La thérapeutique des fractures a occupé plusieurs fois la Société. M. Dauvé, membre correspondant, vous a communiqué un fait de fracture compliquée du tiers supérieur du cubitus, qu'il est parvenu à maintenir réduite et à guérir par la suture directe des fragments; c'est à la même méthode que M. Rouge, de Lausanne, a dû la guérison d'une fracture du maxillaire inférieur dans un cas dont notre honorable collègue vous a adressé le récit.

La suture des os a été aussi employée par M. Guérin dans un cas de bec-de-lièvre double avec saillie de l'os intermaxillaire. Après avoir décollé la muqueuse de la cloison et en avoir réséqué un fragment triangulaire, M. Guérin fixa par des fils métalliques l'os intermaxillaire aux bords de la fente alvéolaire, et obtint une guérison remarquable de cette difformité si difficile à combattre.

La question de l'emploi de l'extension continue dans le traitement des fractures de la cuisse a fait l'objet de communications intéressantes de M. Désormeaux. Cette méthode, presque abandonnée en France, reprise depuis plusieurs années déjà en Angleterre et surtout en Amérique, reprendra, je l'espère, la place qui lui appartient dans la pratique de la chirurgie. On ne peut plus dire aujourd'hui que les fractures de la cuisse ne peuvent guérir sans laisser à leur suite un degré plus ou moins grand de raccourcissement, car M. Désormeaux vous a montré plusieurs malades traités par l'appareil de M. Hennequin, guéris sans raccourcissement, et l'un d'eux présentait même un certain allongement du membre fracturé.

J'ai pu moi-même vous montrer un malade guéri sans raccourcissement appréciable, et, dans tous les cas, sans aucune claudication, par l'application d'un appareil particulier à extension permanente: mais il est juste d'ajouter que ce résultat ne peut être obtenu qu'au prix de douleurs quelquefois assez vives ou se continuant pendant une bonne partie de la durée du traitement; c'est ce qui faisait dire

il y a quelques jours à M. le professeur Gosselin, alors que nous visitons avec M. Legouest quelques malades de son service traités par l'appareil de M. Hennequin, que s'il ne pouvait plus douter de l'efficacité du traitement, le prix auquel était attachée la guérison était tel qu'il préférerait la claudication au supplice d'un mois d'emprisonnement dans un appareil à extension.

M. Dolbeau vous a montré un exemple d'une affection singulière du maxillaire supérieur caractérisée par la disparition du bord alvéolaire. M. Demarquay vous a communiqué un fait de tumeur hydatique de la cavité médullaire de l'humérus prise d'abord pour une nécrose de cet os. M. Guéniot vous a signalé, dans un travail original, une déformation spéciale du crâne consistant en une obliquité par propulsion unilatérale observée chez certains enfants du premier âge, et que notre collègue croit pouvoir attribuer au décubitus trop longtemps prolongé ou trop fréquent sur un même côté.

Des communications sur les fractures de la clavicule par MM. Baizeau, Chassaignac, Labbé et Dolbeau; un rapport de votre secrétaire sur une observation de trépanation du crâne; une lecture de M. Van de Loo sur les appareils plâtrés amovo-inamovibles; un travail de M. Guéniot sur l'ostéite épiphysaire; une observation de nécrose de l'humérus avec dégagement spontané d'un séquestre invaginé, par M. Demarquay, tels sont les faits principaux ayant trait à l'histoire ou à la thérapeutique des affections des os.

Les maladies articulaires ont cette année moins fréquemment que d'ordinaire sollicité votre attention; cela certes, ne reconnaît d'autre cause que ce qui dans les travaux d'une société savante revient de droit au hasard des présentations. Je signalerai toutefois des faits de réduction de luxation de l'épaule, déjà un peu anciens, par MM. Guyon et Demarquay; de luxation complète du premier métatarsien avec plaie; de luxation sous-astragalienne et d'extraction de l'astragale par M. Demarquay; de coxalgie par M. Guéniot.

Au contraire, les maladies des vaisseaux ont fait le sujet de nombreuses et importantes communications.

M. Legouest nous a entretenu de tentatives réitérées faites par lui pour guérir un anévrysme poplité. La compression digitale, continuée dix heures par jour, donna pendant quelques temps un espoir bientôt déçu de guérison définitive. La flexion, la compression avec un appareil n'avaient pu être tolérées. M. Legouest revint à la flexion forcée intermittente, employée une heure le matin une heure le soir; nouvelle guérison temporaire, puis définitive.

M. Trélat a guéri un semblable anévrysme en employant successivement la compression instrumentale, la flexion et enfin la compression digitale; cette dernière méthode procura une guérison complète et définitive qu'avait laissé espérer, et qu'avait très-vraisemblablement préparé l'application préalable des deux autres moyens. M. Panas a guéri par la compression digitale seule un anévrysme poplité et, dans un quatrième cas que nous a fait connaître M. Liégeois, M. Richet n'ayant obtenu qu'un succès partiel de la compression et de la flexion, pratiqua la ligature. Le malade cette fois succomba. Ces faits si intéressants par leur rapprochement, par l'emploi successif des diverses méthodes, par l'analogie des phénomènes survenus sous l'influence des moyens thérapeutiques employés, contribuent à mettre en lumière ce fait important : que ces insuccès apparents ne sont que les degrés successifs d'un succès partiel, qu'une nouvelle tentative peut rendre et a rendu définitif, et que la réapparition des battements dans un anévrysme momentanément solidifié par l'emploi de la flexion ou de la compression, loin d'engager à renoncer au moyen employé, doit engager au contraire à y recourir de nouveau et avec plus de persévérance, pourvu toutefois que le retour du sang dans l'anévrysme se révèle par des symptômes tels qu'il y ait lieu de croire que la première tentative a commencé, quoique incomplètement, la réplétion et l'oblitération du sac.

M. Broca nous a montré un cas remarquable d'anévrysme cirsoïde du cuir chevelu pour lequel il eut recours à la ligature multiple des vaisseaux principaux alimentant la tumeur, puis à l'injection de perchlorure de fer. La malade vous a été présentée; la suspension momentanée de nos séances, l'absence de notre collègue l'ont empêché, jusqu'à présent, de confirmer l'espoir fondé d'une guérison radicale.

M. Verneuil vous a communiqué une remarquable observation d'anévrysme artério-veineux de la carotide, dû à la pénétration dans la région sterno-mastoïdienne d'une balle de revolver, traité par le seul moyen consacré par les faits, c'est-à-dire par l'expectation et qui fut, comme la plupart des cas existant antérieurement dans la science, suivi de guérison. M. Ciniselli vous a donné le résumé d'un mémoire sur l'emploi de la galvano-puncture dans le traitement des anévrysmes de l'aorte.

M. Demarquay vous a communiqué un exemple de tumeur fibro-plastique, naissant de la gaine des vaisseaux, et rappelant les fibromes que Langenbeck a décrits comme provenant de la paroi des

veines. La tumeur existait à la partie inférieure et interne de la cuisse, et notre collègue ne put en faire qu'une extirpation partielle, car elle était traversée par les vaisseaux fémoraux. L'examen de la pièce anatomique montra qu'il s'agissait bien d'une tumeur fibro-plastique, et M. Demarquay se demanda si, dans ces circonstances, il n'y aurait pas utilité à faire la ligature des deux bouts des vaisseaux et à les enlever avec la tumeur.

A l'appui de cette opinion, M. Verneuil, après vous avoir donné une analyse des faits et des idées renfermés dans le travail de Langenbeck, vous a rapporté l'observation d'un de ses malades chez lequel un sarcome ganglionnaire du pli de l'aîne adhérent à la gaine des vaisseaux l'obligea à réséquer la veine et à lier plus tard l'artère elle-même. Le malade succomba mais à une époque où l'on n'avait pu constater le rétablissement de la circulation veineuse malgré la résection d'une partie de la veine crurale.

M. Horteloup a soumis à votre attention un malade paraissant atteint d'une tumeur lymphatique du pli de l'aîne, et M. Verneuil a enrichi nos procès-verbaux de l'exposé d'un cas fort rare de varices lymphatiques intra-ganglionnaires chez une jeune fille de 15 ans.

Les tumeurs de diverses natures ont fait l'objet de nombreuses communications. M. Dolbeau a lu au nom de MM. Magdelen (de Saint-Étienne) et Meilhac (d'Argentat) deux observations de fibromes du lobule de l'oreille ; nous devons à M. Guyon un fait de tumeur fibro-plastique du cou ; à M. Labbé un cas de tumeur, probablement de même nature, ayant pris naissance du périoste du crâne, se prolongeant dans l'orbite, d'une vascularité assez grande et qui a paru à la plupart d'entre vous ne pas être susceptible d'une intervention chirurgicale active. Je dois pour ne pas trop abuser de votre indulgence, et fatiguer votre attention par une longue et aride énumération, me borner à vous rappeler les cas de tumeurs de la région massétérine, de la région parotidienne, du maxillaire supérieur, présentés par MM. Forget, Chassaignac et Demarquay.

M. Depaul nous a montré un exemple fort rare de tumeur congénitale adhérente à la partie du coccyx opérée avec succès quarante-huit heures après la naissance. La tumeur qui, à l'extérieur, présentait, vers son sommet, un assez grand nombre de cheveux assez longs, renfermait, à l'extérieur, des parties ossiformes, cartilagineuses, au milieu desquelles on trouvait quatre petits os ; deux paraissant être des os plats, deux présentant la conformation des os longs et munis d'une tête recouverte de cartilage.

M. Broca a appelé votre attention sur les tumeurs formées par des dépôts de tartre adhérents à la dent, tumeurs dues, suivant notre savant collègue, à la précipitation de matières salines dissoutes dans la salive. MM. Paulet et Panas vous ont communiqué deux observations de calculs de la glande sous-maxillaire, et M. Forget vous a lu, sur la grenouillette, un rapport important dans lequel il discute avec un grand soin l'étiologie et la pathogénie de la grenouillette aiguë.

Il est des affections dont l'histoire, chaque année, reparait à l'ordre du jour de nos séances, non parce qu'elles sont fréquentes, mais parce que leur traitement, toujours difficile, entraîne des difficultés opératoires que l'on cherche à surmonter par des modifications qui rendent l'opération à la fois plus facile et plus sûre. Je veux parler des polypes naso-pharyngiens. M. Houel, dans son rapport sur l'observation de M. Bonnes, nous a fait connaître le moyen employé par le chirurgien de Nîmes, moyen qui se rapproche de la méthode employée par MM. Guérin et Legouest. M. Bonnes a détaché le polype par la rugination, et la rugine n'était autre que le doigtier tranchant de Récamier, heureusement modifié de manière à permettre au doigt armé, mais non recouvert par l'instrument, de se guider par le toucher. Ajoutons de suite que le polype, facilement accessible, permettait d'user d'un mode d'énucleation auquel on ne pourra que rarement avoir recours. M. Letenneur n'eût pu l'employer dans les observations si intéressantes qu'il vous a récemment communiquées ; car, si lui aussi il employa la rugine, il dut, pour atteindre les parties malades, enlever partiellement le maxillaire inférieur, le vomer, l'aile ptérigoiédienne, et porter l'instrument jusque dans les sinus sphénoïdaux.

Les affections du larynx ont été le sujet d'une communication très-intéressante de M. Trélat sur la laryngite syphilitique, de M. Desprès sur la trachéotomie pratiquée par lui dans un cas où le malade était menacé de suffocation, par suite de l'existence d'une laryngite œdémateuse due à la présence de plaques muqueuses de l'arrière-gorge.

M. Krisaber vous a lu un mémoire sur l'extirpation des polypes du larynx par la laryngotomie, et notre collègue M. Prestat, de Pontoise, vous a rendu compte d'un fait de plaie du larynx dans une tentative de suicide, plaie qu'il crut pouvoir oblitérer par la section, et qui guérit par première intention sans provoquer l'apparition des accidents qu'on est malheureusement fondé à redouter après l'emploi de ce moyen.

Une communication de M. Broca, sous la forme modeste d'une présentation d'instrument, nous a montré que le rétrécissement spasmodique de l'œsophage pourrait être rapproché du spasme de l'ouverture anale dans les cas de fissure, tout au moins sous le rapport du traitement; car c'est par la dilatation forcée que notre collègue a pu, par une seule opération, obtenir une guérison qui persistait encore deux ans après, et que l'emploi d'autres moyens tels que la dilatation lente, n'avaient pu lui procurer.

Faut-il continuer cette énumération déjà longue et que je ne puis développer sans prolonger jusqu'à l'abus l'attention que vous voulez bien m'accorder? Faut-il vous rappeler : en oculistique, le mémoire de M. Giraud-Teulon sur le mode d'éclairage de la cornée dans les opérations qu'on pratique sur l'œil; les observations de cataracte capsulaire par M. Alph. Guérin. Faut-il m'étendre sur les faits nombreux d'affections ou d'opérations ayant trait aux organes abdominaux; les faits d'anus contre nature cités par MM. Panas et Louis Thomas; d'étranglement interne par notre zélé correspondant de Tours; de hernies étranglées par MM. Demarquay et Fleury (de Clermont); d'imperforation de l'anus par M. Marjolin; de dilatation du rectum par M. Tillaux; d'ovariotomie par M. Letenneur et Liégeois; la discussion non encore terminée sur la lithotritie périnéale.

Ce trop rapide compte rendu, que j'ai dû trop souvent réduire à une simple énumération ne suffit-il pas à montrer la variété, la multiplicité de nos travaux, la nature et l'étendue des services que la Société de chirurgie continue à rendre à la science et à l'art de la chirurgie.

Ces services, la fondation du prix Laborie les étendra au delà de notre sphère personnelle d'activité, grâce à la pieuse générosité qui a voulu que notre si regretté collègue continuât en quelque sorte à siéger au milieu de nous.

Deux mémoires importants, en répondant au programme proposé pour le prix, contribueront à éclairer un point délicat et controversé de pratique chirurgicale, tous deux concourant au même but et se complétant l'un par l'autre. L'un, jugé digne de vos suffrages, a mis entre les mains de tous, en les appréciant avec talent, en les interprétant avec sagacité, des faits en partie rassemblés dans les travaux de Weber et d'Hancock, mais qui, publiés en allemand ou en anglais, sont par cela même trop peu connus en France; l'autre a puisé plus largement dans la pratique française, dans les statistiques de nos hôpitaux; tous deux, à des degrés qui vous ont paru divers, contribueront puissamment à élucider une importante question de

pratique, la supériorité de l'amputation sus-malléolaire et surtout de l'amputation sous-astragalienne, pratiquée presque exclusivement en France, sur l'amputation de Pirogoff, repoussée dans notre pays et fort pratiquée, au contraire, en Angleterre et en Allemagne.

La solution de ce problème, les auteurs des mémoires l'ont cherchée dans la statistique, non pas dans celle qui se borne à donner des chiffres çà et là recueillis, mais celle qui rassemble lentement, patiemment, après des recherches longues, laborieuses, pénibles, le plus grand nombre possible, sinon la totalité des observations que renferme la science et qui la constituent. Ces observations, la statistique ainsi faite les étudie, les analyse, les compare, et, lorsqu'elle a effectué ce travail difficile, elle permet au clinicien de dire avec bien plus d'autorité et de raison que s'il n'avait consulté que ses souvenirs personnels si limités :

Cette opération est dans telle circonstance plus ou moins indiquée, car dans des circonstances analogues elle a donné tels ou tels résultats, et si la statistique emprunte le langage des chiffres pour dire la mortalité ou les succès sont, après tel mode de traitement, de 20, 40, 60 pour cent, elle n'a pas la prétention de donner une appréciation mathématiquement juste; mais elle emploie une forme bien autrement précise que les appréciations contenues dans les quatre ou cinq degrés d'une échelle de gravité que chacun construit arbitrairement, suivant ses idées ou son caractère.

Mais, sachons le reconnaître, si la statistique qui résume l'observation et l'expérience de tous nous donne incontestablement la meilleure base d'appréciation de la valeur des méthodes thérapeutiques, elle ne saurait suffire seule à prononcer un jugement définitif, car à côté de la constatation naturelle des faits il y a place pour leur interprétation.

Bien des causes peuvent venir infirmer ou augmenter la signification des succès ou des revers obtenus à la suite des diverses médications. Si l'âge du malade, la durée de la maladie, l'époque de l'intervention chirurgicale influent sur le résultat du traitement, la coïncidence de certains états généraux, tels que l'albuminurie, le diabète, l'alcoolisme, suffit, comme M. Verneuil nous l'a montré plusieurs fois cette année encore, pour donner une gravité extrême à des opérations qui, sans cette fâcheuse complication, eussent été probablement suivies de guérison.

Ce qui est vrai pour certains états morbides, l'est aussi pour certaines conditions constitutionnelles, naturelles ou acquises. L'homme débilité par la misère, aminci par une nourriture insuffisante, vieilli avant

l'âge par le travail et les veilles et trop souvent aussi par les excès et la débauche, offrira une résistance insuffisante aux causes d'épuisement qu'entraîne presque toute opération grave ; tandis qu'un individu du même âge, mais élevé au milieu de l'aisance, trouvera dans sa constitution plus énergique les forces nécessaires pour réagir et arriver à la guérison.

Que serait-ce si, à ces différences individuelles déjà si grandes, nous ajoutions encore la différence des circumfusa ? L'un habite une chambre vaste, bien aérée, qui peut être, s'il le faut, bien close et bien chauffée ; l'autre une mansarde étroite, ouverte à tous les vents, d'une chaleur torride en été, d'un froid glacial en hiver. L'un n'a auprès de lui que des personnes chargées de l'entourer de soins, de prévenir ses désirs ; l'autre n'a pour reposer qu'un grabat autour duquel s'entassent, dans un réduit trop étroit, une femme et des enfants. Celui-ci se préoccupe de guérir pour retrouver les joies de la vie de famille, les plaisirs que donne la richesse ; celui-là tremble de mourir, car il sait que sa mort laisserait sans pain ceux que sa maladie réduit déjà à la misère.

Ces différences, déjà si grandes, s'exagèrent encore si nous comparons la pratique civile à la pratique hospitalière. A l'hôpital, les souffrances morales augmentent la gravité des souffrances physiques.

Loin de sa famille, qu'il ne voit qu'à de rares intervalles et dont le sort le préoccupe, jeté au milieu d'étrangers, témoin de leurs douleurs qu'il partage, témoin de leur mort qu'il redoute, il est loin de se trouver dans les conditions favorables de l'opéré qu'entourent les soins de sa famille, auprès duquel tout s'égaye, même mensongèrement, s'il faut lui donner du courage ou lui laisser l'espérance, auprès duquel tout se tait si le repos lui est nécessaire. A l'hôpital, chaque malade est un danger pour son compagnon de souffrances, chacun d'eux vicie l'air trop parcimonieusement accordé à tous ; chacun, par les émanations qui s'échappent de ses plaies, est, pour les autres, une menace permanente d'empoisonnement, et les ferments de l'érysipèle, de l'infection purulente, dégagés du corps d'un moribond, vont porter la mort au blessé qui eût guéri peut-être, même dans la misérable mansarde où du moins il eût été isolé.

Cette différence entre l'hôpital et la pratique civile, nous la retrouvons sous une autre forme lorsqu'il s'agit de comparer la chirurgie des grandes cités à celle des campagnes, la chirurgie des grands hôpitaux de Paris à celle des petits hôpitaux de la province. Ces différences, moins expliquées encore, nous les retrouvons quand il s'agit de comparer la chirurgie d'un pays avec celle d'un pays voisin.

Or, comment juger ces questions sans prendre pour base la statistique et comment éviter les erreurs qu'entraîne le manque de parité entre les faits rassemblés? Il n'y a à cela qu'un remède : il faut que les différences qui cliniquement séparent chaque fait s'atténuent, si elles ne peuvent disparaître, par la multiplicité des observations. C'est la loi des grands nombres; cette loi, vous avez voulu l'appliquer à la solution d'un important problème en faisant pour la France ce que M. Simpson a fait avec tant de succès pour l'Angleterre. Pour apprécier la différence des résultats dans les grands et dans les petits hôpitaux, dans les grandes villes et dans les campagnes, dans la clientèle civile et dans la pratique hospitalière, vous avez fait un appel pressant à tous nos confrères français, vous leur avez demandé de vous communiquer la statistique intégrale de leurs opérations; votre appel a déjà été entendu, quelques documents vous sont déjà parvenus, d'autres bien plus nombreux vous parviendront encore ; je ne saurais en douter, car ce serait calomnier les chirurgiens français que de soupçonner seulement que la Société de chirurgie puisse échouer dans la mission qu'elle s'est donnée dans l'intérêt de tous, mais qu'elle ne peut aussi mener à bonne fin sans le zèle, sans le dévouement, sans le concours de tous.

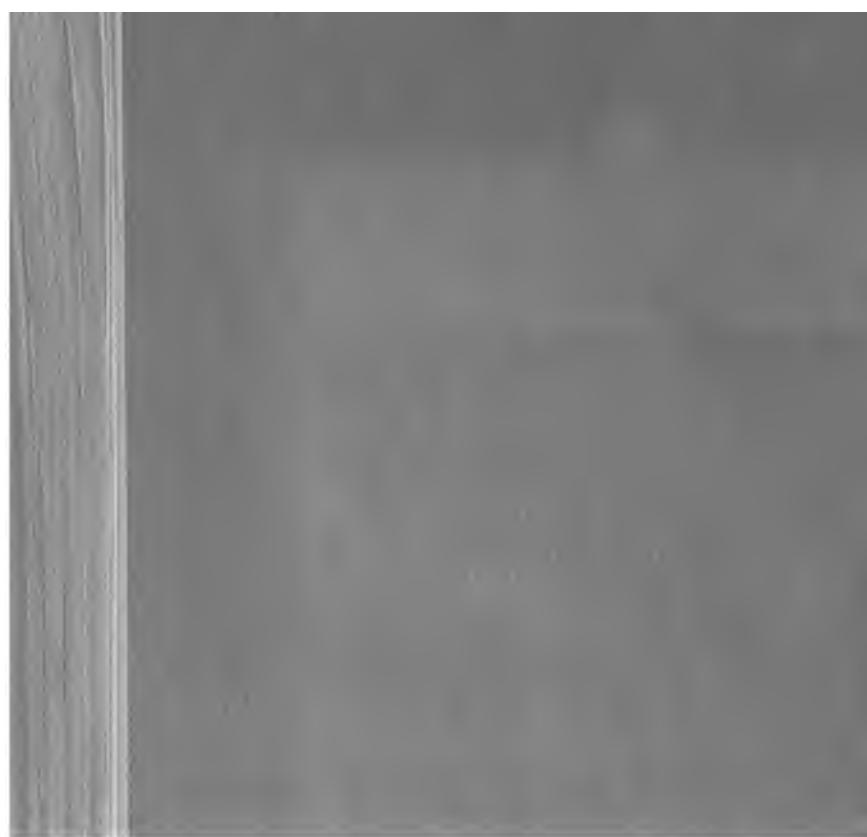


.

—







BOUND

Vol. 8 1936

UNIVERSITY OF MICHIGAN
LIBRARY

UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 06222 0093

